##  CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

allegato alla domanda di partecipazione al **concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 5 posti di “Collaboratore Professionale Sanitario – Dietista cat. D” gestito in forma aggregata tra l’Azienda USL Reggio Emilia, l’Azienda USL di Piacenza, l’Azienda USL di Parma, l’Azienda USL di Modena e l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena**

*Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto*

*Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*dichiara quanto segue:*

***TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO***

***Elencare eventuali titoli accademici e di studio posseduti, oltre a quelli dichiarati nella sezione “Requisiti” obbligatori, evidenziando per ognuno l’Istituto e relativa sede e data di conseguimento***

*N.B. Per i titoli di studio* ***conseguiti in Paese Estero*** *deve essere allegata l’equipollenza al titolo italiano certificato dalla compente autorità*

* Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ Laurea di primo livello (classe di laurea n. \_\_\_\_\_\_)

❒ Laurea Magistrale / Specialistica (classe di laurea n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

❒ previgente ordinamento universitario

* Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ Laurea di primo livello (classe di laurea n. \_\_\_\_\_\_)

❒ Laurea Magistrale / Specialistica (classe di laurea n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

❒ previgente ordinamento universitario

* Dottorato di ricerca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso la Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Master universitario di ❒ I° / ❒ II° livello di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso la Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***TITOLI DI CARRIERA***

*In questa sezione devono essere inseriti i periodi di servizi come dipendente (cioè titolare di contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato).*

*Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell’Azienda/Ente, il periodo di servizio (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la qualifica e la categoria ricoperta (esempio: cps dietista – cat. d) e le ore settimanali svolte. Indicare anche eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.)*

*A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell’esempio*

***Servizio svolto presso Aziende Sanitarie Pubbliche (SSN) / altre Pubbliche Amministrazioni***

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc).:*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

**S*ervizio svolto presso Case di Cura accreditate/convenzionate con Servizio Sanitario Nazionale***

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

*Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata/convenzionata con SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata/ convenzionata con SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata/convenzionata con SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica e categoria ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

***Servizio svolto tramite Coop.ve sociali o Agenzie Interinali***

***presso Aziende Sanitarie o altre Pubbliche Amministrazioni***

❒ Coop.va sociale ❒ Agenzia Interinale

*Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

❒ Coop.va sociale ❒ Agenzia Interinale

*Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

❒ Coop.va sociale ❒ Agenzia Interinale

*Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

❒ Coop.va sociale ❒ Agenzia Interinale

*Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

❒ Coop.va sociale ❒ Agenzia Interinale

*Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica ricoperta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

***Servizio prestato presso Aziende / Enti Privati***

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda / Ente privato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica di assunzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda / Ente privato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica di assunzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda / Ente privato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica di assunzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda / Ente privato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica di assunzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

***CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE***

*In questa sezione vengono inseriti:*

* *le esperienze professionali svolte come titolare di contratti di lavoro libero professionale / co.co.co./ co.co.pro. e Borse di Studio presso Aziende Sanitarie /Pubbliche Amministrazioni.*
* *i periodi di frequenza volontaria / stage e tirocini formativi post diploma*
* *gli eventi formativi (convegni, congressi e corsi di aggiornamento)*

***Esperienze professionali svolte come titolare di contratti di lavoro libero professionale / co.co.co./ co.co.pro. e Borse di Studio presso Aziende Sanitarie /Pubbliche Amministrazioni***

*Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell’Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione, il periodo svolto (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la tipologia dell’esperienza professionale svolta.*

*A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell’esempio*

❒ Incarico libero professionale ❒ Co.co.co. / ❒ Co.co.pro ❒ Borsa di studio

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica /mansione svolta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

❒ Incarico libero professionale ❒ Co.co.co. / ❒ Co.co.pro ❒ Borsa di studio

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica /mansione svolta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

❒ Incarico libero professionale ❒ Co.co.co. / ❒ Co.co.pro ❒ Borsa di studio

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica /mansione svolta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

***Periodi di frequenze Volontarie / Stage / Tirocini/Docenze/Insegnamento presso Aziende Sanitarie o altre Pubbliche Amministrazioni***

*Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell’Azienda/Ente, il periodo svolto (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la tipologia dell’esperienza professionale svolta.*

*A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell’esempio*

❒ Frequenza volontaria ❒ Stage ❒ Tirocinio ❒ Docenze/Insegnamento

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica /mansione svolta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

❒ Frequenza volontaria ❒ Stage ❒ Tirocinio ❒ Docenze/Insegnamento

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica /mansione svolta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

❒ Frequenza volontaria ❒ Stage ❒ Tirocinio ❒ Docenze/Insegnamento

*Denominazione e indirizzo dell’Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Qualifica /mansione svolta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*periodo : dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_*

 *giorno mese anno giorno mese anno*

***Partecipazioni a Convegni, Congressi e Corsi di Agg.to***

E*lencare le singole partecipazioni a corsi e seminari, purchè abbiano finalità di formazione, di aggiornamento professionale e siano inerenti alla qualifica a selezione. Indicare per ogni evento il titolo, la durata, l’Ente organizzator*e

*A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo corso seguito*

**1)**Corso dal titolo (per esteso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2)** Corso dal titolo (per esteso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11)** Corso dal titolo (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data della partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ uditore ❒ relatore

Eventuale qualifica/titolo conseguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PUBBLICAZIONI / LAVORI SCIENTIFICI***

E*lencare le singole pubblicazioni edite a stampa indicando per ognuna titolo, autori, rivista scientifica. I singoli lavori devono essere allegati alla domanda in originale o in fotocopia con dichiarazione di conformità all’originale.*

*A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo corso seguito*

***1.***

*Titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Autori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Pubblicato su rivista scientifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

❒ articolo ❒ abstract ❒ case-report ❒ capitolo di libro ❒ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***2.***

*Titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Autori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Pubblicato su rivista scientifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

❒ articolo ❒ abstract ❒ case-report ❒ capitolo di libro ❒ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pubblicato su rivista scientifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***3.***

*Titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Autori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Pubblicato su rivista scientifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

❒ articolo ❒ abstract ❒ case-report ❒ capitolo di libro ❒ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pubblicato su rivista scientifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**. ULTERIORI TITOLI**

E*lencare i singoli titoli, purchè inerenti alla qualifica a concorso.*

*A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo corso seguito*

Altro :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del succitato DPR n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR n. 445/2000),*

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*