



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

19LP_GIORNAL

Allegato n. 2

All'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino
Largo Rosanna Benzi ,10
16132 GENOVA

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL
CONFERIMENTO DI PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE
PER UN GIORNALISTA – ADDETTO STAMPA.**

IO SOTTOSCRITTO/A _____

consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;

valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445, come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;

consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrò incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO, SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a _____ (_____), il _____ di

risiedere in _____ (_____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

di essere domiciliato in _____ (_____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

TITOLI DI STUDIO:

di essere in possesso del DIPLOMA DI _____ in _____



conseguito in data _____ con voto pari a _____ presso
_____ con sede in _____

di essere in possesso del DIPLOMA DI _____ in _____
conseguito in data _____ con voto pari a _____ presso
_____ con sede in _____

di essere in possesso del DIPLOMA DI _____ in _____
conseguito in data _____ con voto pari a _____ presso
_____ con sede in _____

di essere in possesso del DIPLOMA DI _____ in _____
conseguito in data _____ con voto pari a _____ presso
_____ con sede in _____

di essere in possesso del DIPLOMA DI _____ in _____
conseguito in data _____ con voto pari a _____ presso
_____ con sede in _____

di essere in possesso dell'abilitazione alla professione di _____
conseguito in data _____ presso
_____ con sede
in _____

ulteriori informazioni: _____

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO: _____

AUTORI: _____



DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

ESPERIENZE LAVORATIVE:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con sede in _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)

Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale



Struttura Privata

con contratto di tipo: dipendente _____

a tempo determinato con rapporto di lavoro tempo pieno impegno ridotto (ore sett. _____)

a tempo indeterminato con rapporto di lavoro tempo pieno impegno ridotto (ore sett. _____)

in regime convenzionale (fornire dati identificativi): _____

contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

borsa di studio _____

collaborazione coordinata e continuativa _____

in qualità di _____

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni: NO SI

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____.

PRESENZE A CORSI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PREZENZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica
 Relatore Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

con superamento esame finale non previsto esame finale Crediti ECM n. _____



tipologia contrattuale: _____

- ❖ Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____
con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

ESPERIENZE ACQUISITE NELLA SPECIFICA AREA DELL'INCARICO:

AUTOVALUTAZIONE DELLE PROPRIE ATTITUDINI E CAPACITA' PROFESSIONALI:



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

19LP_GIORNAL

Il presente curriculum consta di n. _____ pagine così come risulta dalla numerazione apposta in ogni pagina.

Il Dichiarante

Genova, li _____

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)