Allegato B (Curriculum formativo e professionale)

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE del Dott./Dott-ssa …………………………**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., il/la sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| ***Dati personali*** | |
| *Cognome e nome* |  |
| *Nazionalità* |  |
| *Luogo e data di nascita* |  |
| *Indirizzo di residenza* |  |
| *Codice fiscale* |  |
| *Partita IVA* |  |
| *Domicilio (se diverso dalla residenza* |  |
| *Telefono* |  |
| *E-mail e PEC* |  |

**DICHIARA**

***Esperienze lavorative***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Azienda/Ente | Periodo  dal al | | Profilo e disciplina | Tipologia di rapporto (\*) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(\*) lavoro subordinato, incarico libero prof.le, tempo determinato o indeterminato, ecc.

***Titoli accademici e di studio***

* Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli Studi di: ………………………………………………. anno accademico …………….;
* Specializzazione in …………………………………… conseguita presso l’Università degli Studi di …………………………………………….. anno accademico …………….;
* Altre specializzazioni

…………………………………………………………………………………………………;

* Altri titoli (master universitari, corsi di perfezionamento ecc…)

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

***Attività formativa, didattica e produzione scientifica***

……………………………………………………………………………………………..……………...

…………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..……………..

…………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..……………..

…………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..……………..

…………………………………..…………………………………………………………………………

Le fotocopie (eventualmente) allegate sono conformi agli originali in mio possesso.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di autorizzare l’AST di Macerata al trattamento dei propri dati personali, finalizzati all’espletamento della procedura in argomento, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento U.E. 2016/679.

**Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.**

Luogo e data ……………………………………

**FIRMA**

(originale o digitale)

………………………………………………