Al **Direttore Generale**

del Centro di Riferimento Oncologico

Via Franco Gallini, 2

33081 AVIANO PN

|  |
| --- |
| Avvertenza per la compilazione.- Le seguenti dichiarazioni devono essere rese in modo analitico e contenere tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione (date precise dei servizi, con indicazione di eventuali periodi di aspettativa, *part time*, qualifiche ricoperte, argomenti dei corsi, data di svolgimento, durata, ente organizzatore, esame finale, ecc.). Le pubblicazioni devono essere edite a stampa. Non saranno prese in considerazione pubblicazioni in corso di stampa; non saranno valutate le pubblicazioni delle quali non risulti l’apporto del candidato. Dovrà essere, a parte, presentato dal candidato un elenco delle pubblicazioni, previa numerazione, dettagliato delle stesse: la citazione bibliografica deve essere completa. Il testo delle pubblicazioni deve essere presentato integralmente.  *Si possono cancellare le parti prive di note (compresa la precedente avvertenza).* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | cognome |  | nome |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nato il |  | a |  | prov. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE FISCALE: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Residente a **…………………………………………………..……………..** CAP **………..….** PROVINCIA **……**  In via / piazza **………………………………………….………………….……………** n° civico **…..……………..**  Località **………..….……** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | cellulare: **………………………………………….……** telefono abitazione: **……………...………………….…….**  Posta elettronica: **…………………………………………………..……………………………………………..……..**  Posta Elettronica Certificata: **…………………………………………………..………………………………………..** |

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ed in particolare di quanto previsto dall’art. 495 del Codice Penale in caso di dichiarazioni mendaci o di false attestazioni; consapevole che ai sensi dell’art. 46 del medesimo decreto il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di essere in possesso della Laurea** in …………………………………………………………………………..……  conseguito in data …………………………………………………………………………………….……………………  presso l’Università degli Studi di ….……………………………………………………………………………..………  *Solo se titolo conseguito in stato diverso dall’Italia*  Riconoscimento a cura del ………………………………………………………….. in data ………………… |
|  | di aver maturato un’esperienza professionale dirigenziale di almeno cinque anni con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato, prestato senza soluzione di continuità nell’ambito di pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2 del d.lgs. 165/20021 e s.m.i. nonché con incarico dirigenziale o equivalente alle funzioni dirigenziali in ospedali o strutture pubbliche dei Paesi dell’Unione Europea, come indicato in maniera analitica nel riquadro sottostante. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:**  profilo professionale …………………………………………… disciplina ……………………………………..  dal …………………… al …………………….  dal …………………… al …………………….  dal …………………… al …………………….  con rapporto determinato indeterminato  a tempo pieno con impegno ridotto, ore ………. settimanali  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) ……………………………………………………………………..  di ……………………………………………………….. – via ………………………………………….. n.  con interruzione dal servizio *(ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):*  dal ……………………..al …………………………….(indicare giorno/mese/anno)  motivo interruzione o causa risoluzione rapporto …………………………………………………………………  *(duplicare il riquadro ad ogni variazione)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ambiti di autonomia professionale** (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa…)  tipologia di incarico ……………..……………………………………………………………………….…………..…..  dal ……………...al …………………………………………………………………………………………….…..….…  presso …………………………………………………………………………………………………….……….…..,…  descrizione attività svolta …………………………………………………………………………….…………..….….  …………………………………………………………………………………………………………………….…..….…  ………………………………………………………………………………………………………………………………  *(duplicare il riquadro ad ogni variazione)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**  dal ……………...al ……………………………………………………………………………………………..…….…  presso……………………………………………………………………………………………………………..….…..  contenuti del corso………………………………………………………………………………………………………  dal ……………...al …………………………………………………………………………………………………..…  presso………………………………………………………………………………………………………………..…..  contenuti del corso………………………………………………………………………………………………………  *(duplicare il riquadro ad ogni variazione)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Di aver partecipato quale UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO  giorno/mese/anno dal/al | ore | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ecm | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   *(duplicare le righe se insufficienti)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO  giorno/mese/anno dal/al | ore | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ecm | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   *(duplicare le righe se insufficienti)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Altre attività**  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………….…..  *(duplicare le righe se insufficienti)* |

Dichiara quindi che le informazioni riportate nel presente *Curriculum Vitae* sono esatte e veritiere.

Dichiara altresì di prendere atto che ai sensi dell’art. 75 del sopra citato DPR n. 445/2000 nel caso in cui le suddette dichiarazioni risultino mendaci, il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano non darà corso all’assunzione.

Quanto sopra viene presentato sotto forma di autocertificazione (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del DPR n. 445/2000.

Autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 *“Codice in materia di protezione dei dati personali”* e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), per le finalità di cui al presente avviso di candidatura e per gli adempimenti conseguenti all’eventuale costituzione del rapporto di lavoro, dichiarando di aver preso visione della prevista informativa e di essere consapevole dei propri diritti nello specifico ambito.

**Allega fotocopia semplice di un documento di riconoscimento valido ai sensi dell’art. 35 del DPR n. 445/2000** (documento di identità - carta d’identità - o di riconoscimento equipollente - passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, porto d’armi, tessere di riconoscimento, purché muniti di fotografia e di timbro o altra segnatura equipollente rilasciate da amministrazione dello Stato - in corso di validità):

*(indispensabile se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

rilasciato in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare l’Ente che ha rilasciato il documento)*

con scadenza prevista in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(luogo e data)*

Il/La dichiarante (firma per esteso)