

**ALLEGATO B/1**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**CURRICULUM STUDI**

**DICHIARA**

<b>Titolo di studio</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Università/Istituto</b>	<b>Anno</b>	<b>Voto</b>
Laurea (Triennale) (punteggio non cumulabile con il possesso della Laurea Magistrale)				
Laurea Specialistica / Magistrale / Lauree Vecchio ordinamento / Magistrale a ciclo unico				
Specializzazione Area Medica (massimo 2)				
Dottorato di ricerca				
Master Universitario I livello (compreso Certificato Abilitazione)				

(compreso Certificato Abilitazione Funzioni Direttive) (massimo 2)				
Master Universitario II livello (massimo 2)				
Corso di perfezionamento universitario attinente (massimo 2)				
Abilitazione Scientifica Nazionale				I Fascia
				II Fascia

*Redatto ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà)*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATO B/2

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DICHIARA

**INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO STESSO SSD**

	DISCIPLINA	CFU	UNIVERSITÀ	SEDE	ANNO
1					
2					
3					
4					
5					

**INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO DIVERSO SSD**

	DISCIPLINA	CFU	UNIVERSITA'	SEDE	ANNO
1					
2					
3					
4					
5					

<b>CULTORE DELLA MATERIA</b>				
DISCIPLINA	CFU	UNIVERSITA'	SEDE	ANNO
1				
2				
3				
4				
5				
<b>ATTIVITÀ DI TUTOR</b>				
DISCIPLINA	CFU	UNIVERSITÀ	SEDE	ANNO
1				
2				
3				
4				
5				

*Redatto ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà)*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATO B/3

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DICHIARA

ATTIVITÀ LAVORATIVA

TITOLO	UNITÀ OPERATIVA	ANNI
Dirigente di Struttura Complessa		
Dirigente di Struttura Semplice Dipartimentale		
Dirigente di Struttura Semplice o con incarico professionale ad alta specializzazione		
Dirigente Sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo		
Dirigente Professioni Sanitarie/Dirigente Responsabile AF/Amministrativo		
Coordinatore Professioni Sanitarie/Amministrativo		
Collaboratore Professioni Sanitarie/Amministrativo		

*Redatto ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà)*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATO B/4

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DICHIARA

**PUBBLICAZIONI**

**TITOLO**

**RIVISTE (Dati relativi)**

**ANNO**

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**TITOLO**

**LIBRI o CAPITOLI di libri (con ISBN) - Casa editrice**

**ANNO**

1

2

3

4

5		
6		
7		
8		
9		
10		

**Redatto ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà)**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_