

ASL Salerno

Azienda Sanitaria Locale Salerno

ALLEGATO: SCHEDA DI RICOGNIZIONE DEI TITOLI

(Da compilare a cura del dipendente sotto forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione - DPR 445/2000)

1. DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

- Cognome e Nome: _____
- Luogo e Data di Nascita: _____
- Codice Fiscale: _____
- Profilo Professionale attuale: _____
- Area di appartenenza (es. Professioni Sanitarie): _____
- Servizio/U.O.C. di assegnazione attuale: _____

2. TITOLI DI STUDIO E ACCADEMICI

(Inserire solo i titoli non comunicati al momento dell'assunzione o conseguiti successivamente)

- Laurea Magistrale / Specialistica in: _____ conseguita il _____ presso _____ con voto _____
- Master Universitario di I livello in: _____ conseguito il _____ presso _____
- Master Universitario di II livello in: _____ conseguito il _____ presso _____
- Dottorato di Ricerca in: _____ conseguito il _____ presso _____
- Altri corsi di perfezionamento universitari: _____
- Specializzazioni professionali specifiche: _____

3. COMPETENZE SPECIFICHE, ATTIVITA' DI RICERCA E DOCENZA

- Competenze informatiche certificate (es. ECDL, corsi specifici):

- Competenze linguistiche certificate (Livello QCER):

- Attività di docenza o tutoraggio aziendale/universitario:

- Attività di Ricerca e pubblicazioni scientifiche:

- Progetti aziendali rilevanti:

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra affermato corrisponde a verità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e Data: _____

Firma del Dipendente: _____