



ALLEGATO 3

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE DEL CURRICULUM VITAE E PROFESSIONALE
da allegare alla domanda di partecipazione all'avviso interno per profilo Operatore Socio Sanitario

Il/La sottoscritto/a

nato/a il a residente in Via
..... n.^o CAP Città
..... Provincia Tel. Cell.

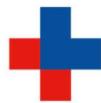
in riferimento all'avviso interno;
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;
a completamento della domanda di partecipazione all'avviso, documenta nel presente modulo, i titoli
posseduti per la partecipazione **all'avviso interno**

1) TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI

<input type="checkbox"/> Dottorato di Ricerca in	Commissione
Sede di conseguimento:	
<input type="checkbox"/> Diploma di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Sede di conseguimento: Anno	
<input type="checkbox"/> Diploma di Scuola diretta a fini speciali in: Sede di conseguimento: Anno	
<input type="checkbox"/> Diploma di Master Universitario in: Sede di conseguimento: Anno	
<input type="checkbox"/> Diploma di Master Universitario in: Sede di conseguimento: Anno	
<input type="checkbox"/> Attestato di Perfezionamento Universitario in: Sede di conseguimento: Anno	
<input type="checkbox"/> Certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive Sede di conseguimento:	

Sigla del partecipante

PAG DI

**1.1) ALTRI TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI di durata non inferiore ai 6 mesi**

	Commission
1) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO.....	
2) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO.....	
3) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO.....	
4) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO.....	
5) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO.....	
6) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO.....	
7) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO.....	
8) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO.....	

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____

2) ATTIVITA' DI SERVIZIO

Commission
Elencare in ordine cronologico le unità operative presso le quali ha svolto la propria attività professionale, il ruolo occupato e gli anni di servizio (escludere dal conteggio le assenze superiori ad un mese):
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 comma 1 del D.Lgs. 30.06.2003, n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE



Frosinone, data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente tramite persona delegata.

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____