

Spett.le
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Polo Universitario delle professioni sanitarie
Via Briamasco, 2
38122 - TRENTO (TN)

Il/La sottoscritto/a _____														
nato/a a				il										
residente in														
C.A.P.				città										
numero telefono				numero cellulare										
indirizzo e-mail:														
CODICE FISCALE:														

Con la presente Il sottoscritto consente il trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 per lo svolgimento delle procedure amministrative. I dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto è altresì a conoscenza di poter esercitare, in ogni momento, il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento e cancellazione dei dati forniti.

Trento , _____

(firma)

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari a pubblicare sul sito web istituzionale il proprio curriculum vitae allegato alla presente domanda nella forma qui redatta, secondo quanto previsto dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013.

Trento , _____

(firma)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
 (scrivere Nome e Cognome completi in stampatello)

NATO/A IL

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

DICHIARA

Di essere in possesso dei REQUISITI DI STUDIO richiesti per la presentazione della domanda: (segnalare titolo di studio, Ente , anno e valutazione)		
anno	Titolo	Rilasciato da

Titoli di studio *oltre* al titolo previsto dal requisito

anno	Titolo	Rilasciato da

ATTIVITÀ PROFESSIONALE

(se **LIBERO PROFESSIONISTA** dichiarare se la struttura è autorizzata ai sensi del DL.vo502/92)

Ente / Struttura	Profilo/Qualifica	Sede

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Aggiornamento disciplinare (esclusivamente degli ultimi 5 anni (2015) e pertinente ai contenuti dell'insegnamento)

Anno	Ente	Evento	Sede	Ore o Crediti

Corsi di formazione alla didattica (esclusivamente ultimi 5 anni - dal 2015 ad oggi)

Anno	Ente	Evento	Sede	Ore o Crediti

ESPERIENZA ATTIVITÀ DIDATTICA (esclusivamente ultimi 5 anni e pertinente ai contenuti insegnamento)

Attività di laboratorio/esercitazioni

Anno	Tematica	Ente /incarico	Corso	Ore	Tipologia*

*Lab= laboratorio, doc= docenza; rel = relatore convegno

ATTIVITA' SCIENTIFICA

(dal 2015 - Precisare titolo, rivista, anno, ruolo dell'autore)

Con la presente il sottoscritto consente il trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 per lo svolgimento delle procedure amministrative. I dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'interessato può - in ogni momento - esercitare diritto di accesso, rettifica, aggiornamento e cancellazioni dei dati.

Trento,

(firma)