|  |
| --- |
| **DA LEGGERE: note di compilazione modello cv selezione corso rivalidazione****È necessario utilizzare questo modello CV**, tutti i campi sono **obbligatori**. Si ricorda che possono presentare domanda di ammissione esclusivamente coloro che siano in possesso dell’attestato di Formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa erogato ai sensi D. lgs. 502/92 e del DPR 484/97 scaduto o in scadenza secondo i criteri previsti dal bando. Così come indicato nel bando, le domande pervenute in modalità diversa da quella indicata, qualunque ne sia la motivazione, non saranno prese in considerazione. In caso i box predisposti non fossero sufficienti per contenere le informazioni che ritenete utili, è possibile aggiungerli utilizzando lo strumento di copia/incolla. È possibile (ma non è obbligatorio) aggiungere a questo modello di CV, debitamente compilato, anche un CV in altri formati. Il presente modello deve essere inviato esclusivamente in formato PDF. Si ricorda che le falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, Artt. 75 e 76 D.PR. 445/2000. |

 **Il / la sottoscritto /a**

**DATI ANAGRAFICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data e Luogo di nascita |  |
| Codice Fiscale |  |
| Residenza (via, città, CAP) |  |
| Numero di cellulare |  |
| Indirizzo E-mail lavoro |  |
| Eventuale indirizzo e-mail |  |
| Titolo di studio |  |

**Il / la sottoscritto /a dichiara di:**

Appartenere al Sistema Sanitario Toscano: ❑ Sì ❑ No

Azienda di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UO/Struttura di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ruolo (es. medico, odontoiatra, farmacista, infermiere, tecnico radiologo etc):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

**Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di UNO dei seguenti requisiti:**

❑ **CATEGORIA** **1**. **Dirigenti di struttura complessa** (categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi) **con il certificato scaduto o in scadenza entro dicembre 2023**;

Ente erogatore corso attivato ai sensi D. lgs. 502/92 e del DPR 484/97: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data conseguimento attestato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ **CATEGORIA** **2**. **Dirigenti** medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi **che non hanno l'incarico** di struttura complessa **ma sono in possesso dei requisiti** previsti dalla legge 502/92 e ssmmii e DPR 484/97 **con il certificato scaduto o in scadenza entro dicembre 2023**;

Ente erogatore corso attivato ai sensi D. lgs. 502/92 e del DPR 484/97: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data conseguimento attestato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ **CATEGORIA** **3**. **Dirigenti** **con ruolo amministrativo, professionale, tecnico** e dirigenti delle professioni sanitarie infermieristiche e dell’area tecnico sanitaria **con il certificato scaduto o in scadenza entro dicembre 2023**;

Ente erogatore corso attivato ai sensi D. lgs. 502/92 e del DPR 484/97: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data conseguimento attestato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ **CATEGORIA** **4**. **Dirigenti di cui al punto 1, 2, 3** del presente articolo **con il certificato in scadenza a partire da gennaio 2024**.

 Specificare la categoria di appartenenza (“dirigente di cui al punto”):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ❑  | 2. ❑ | 3. ❑ |

Ente erogatore corso attivato ai sensi D. lgs. 502/92 e del DPR 484/97: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data conseguimento attestato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTIVITÀ PROFESSIONALE DIRIGENZIALE (dal più recente)**

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda  |  |
|  |  |
| UO  |  |
| Mansione/ruolo |  |
| Breve descrizione dell’incarico |  |
| Data inizio e data fine incarico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda  |  |
| Settore  |  |
| Mansione/ruolo |  |
| Breve descrizione dell’incarico |  |
| Data inizio e data fine incarico |  |

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel presente curriculum vitae in base all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all’art. 13 GDPR 679/16.

Luogo e Data Firma