

(FAC SIMILE)

CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE
**REDATTO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000 (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE-
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA')**

Il/La sottoscritto/a GALEA A. AMEDEO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

I seguenti stati, fatti e qualità personali:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio quale requisito di ammissione alla procedura:
Laurea / Diploma Universitario / Titolo equipollente o equiparato di (cancellare le ipotesi che non interessano)
MEDICINA E CHIRURGIA
presso UNIVERSITA' DI PISA con il voto 110/110 L conseguito A PISA in data 29/10/2011
(per i titoli conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento)
- di essere in possesso dei seguenti altri titoli di studio (altro diploma di laurea, laurea specialistica, master, dottorato di ricerca o altro):
SPECIALE IN GERIATRIA E GERONTOLOGIA conseguito presso UNIV. DI PISA con il voto 110/110 E L in data 8/8/2017 conseguito presso in data
(per i titoli conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento);

- di aver prestato i seguenti servizi alle DIPENDENZE di pubbliche amministrazioni o strutture: private e/o convenzionate e/o accreditate con il S.S.N.

Ente / Struttura (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)	Dal	Al	Qualifica/Profilo professionale	Tempo Determinato/Indeterminato	Tempo pieno/part time	Motivi di Cessazione

- di aver svolto le seguenti altre attività:

Datore di lavoro(indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)	Dal	Al	Qualifica/Profilo professionale	Tipologia di rapporto di lavoro *	Tipologia oraria **	Motivi di Cessazione
<u>CDC BARBANTI VIA FOSCO GUIDARDI VIAREGGIO</u>	<u>8/8/17</u>	<u>30/9/20</u>	<u>GERIATRA</u>	<u>LIBERA PROF.</u>	<u>PART TIME</u>	<u>NUOVA OCCUPAZIONE</u>
<u>di aver svolto altre attività: GERIATRA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO RSA MDF CALABRESE, RSA "COVID" COTEO - BASTIA LIGURIA, RSA BELVEDERE DI LERICI</u>						
• <u>di aver svolto le seguenti attività di docenza:</u>						
Titolo del Corso Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede): a.a. / a.s. oppure: Data di svolgimento..... ore docenza n.....materia di insegnamento.....						

N.B. Per ogni docenza indicare il totale delle ore e/o degli aa.aa. (anni accademici) o aa.ss. (anni scolastici).

di aver partecipato alle seguenti attività di aggiornamento, convegni, seminari, corsi:

Denominazione dell'evento formativo
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di svolgimento.....
Data/e di svolgimento..... num. giorni oppure Ore complessive n. ...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il conseguimento di ECM e quanti):
Denominazione dell'evento formativo

Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di svolgimento.....
Data/c di svolgimento..... num. giorni oppure Ore complessive n.
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il conseguimento di ECM e quanti):

- di aver pubblicato: (saranno valutate esclusivamente le pubblicazioni affini al profilo oggetto della selezione)
.....
.....

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e presentate in originale o in copia purché il candidato dichiari che la stessa è conforme all'originale mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00. Le pubblicazioni saranno valutate solo se allegate alla domanda.

N.B. Schema da riprodurre per ogni partecipazione ad attività di aggiornamento etc.

Allego fotocopia fronte retro di un valido documento di identità, con sopra trascritta la seguente dicitura, datata e firmata: "Il sottoscritto (cognome e nome), ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le fotocopie allegate alla domanda di partecipazione alla pubblica selezione sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione resa risponde a verità".

Luogo e data Prato, 10/11/2022

*indicare se dipendente, libero professionista, co.co.co, interinale, tirocinante, borsista, volontario, assegnista di ricerca, altro

** per il rapporto di dipendenza o interinale indicare se full time o part time (riportando il numero di ore o la percentuale) mentre per le altre tipologie di rapporto di lavoro indicare il numero di ore settimana i/mensili o se a progetto indicare l'oggetto del progetto e l'eventuale apporto del candidato

NOTA

L'uso del presente modello viene proposto con l'intento di favorire l'applicazione del D.P.R. 445/200 e semplificare lo svolgimento delle procedure. L'uso del modello non limita in alcun modo la Sua facoltà di aggiungere qualsiasi informazione ritenga utile a quelle già indicate dal modello stesso.

(Allegato n. 1)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.° 445/2000

Il/La sottoscritto/a QASEM AHMED AMED

dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.° 445/2000

D I C H I A R A

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro;- di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione

DATA 10/11/2020 FIRMA

