

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

La sottoscritta a SUTERA DONATELLA

At sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 2000, consapevole delle responsabilita penali cui puo 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 responsabilita

DICHIARA

I seguenti stati, fatti e qualita 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)  
LAUREA SPECIALISTICA IN MEDICINA CURATIVA Conseguito presso UNIVERSITA' D' OSA con il voto 107/100 in data 20/05/2024  
(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):** SPECIALIZZAZIONE IN IMMUNOLOGIA CELLULARE E  
AVANCEMENTO CURA conseguito presso UNIVERSITA' DI SARDEGNA con il voto 70/70 e LODE in data 6/11/2020  
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 sedi) | Dal               | Al                | Qualifica Profilo professionale | Tempo Determinato Indeterminato | Tempo pieno part time | Motivi di Cessazione                  |
|---|-------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
|   | <u>10/01/2021</u> | <u>23/02/2021</u> | <u>MEDICO VACCINATORE</u>       | <u>TEMPO DETERMINATO</u>        | <u>PIENO</u>          | <u>LICenziAMENTO PER ALTRO LAVORO</u> |

- di aver svolto le seguenti altre attività:**

| Datore di lavoro(indicare esatta denominazione, indirizzo e sedi) | Dal | Al | Qualifica Profilo professionale | Tipologia di rapporto di lavoro | Tipologia oraria ** | Motivi di Cessazione |
|---|-----|----|---------------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------|
| <del>.....</del>  |     |    |                                 |                                 |                     |                      |

- di aver svolto altre attività:** ATTIVITA' LIBER PROFESSIONALE PRESSO STUDI ALIANTI
- di aver svolto le seguenti attività di docenza**  
Titolo del Corso ..... Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sedi) ..... a a ..... 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 attivita di aggiornamento, convegni, seminari, corsi:**

Denominazione dell'evento formativo .....  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sedi) 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 quanto)

Denominazione dell'evento formativo

Ente organizzatore (indicare esatta denominazione indirizzo e sede) e Luogo di svolgimento

Data e durata 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 quanto)

- 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

PISA 24/01/2021

\*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 settimanali 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. 445/2000 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.