**Allegato 4)**

**FAC SIMILE CURRICULUM VITAE**

**DATI ANAGRAFICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data e Luogo di nascita |  |
| Cittadinanza |  |
| Comune di residenza |  |
| Via |  |
| Telefono / Cellulare |  |
| PEC |  |
| Email |  |
| Professione |  |

**Requisiti di ammissione:**

**Il sottoscritto dichiara di:**

❑ avere un’ età inferiore ai 65 anni alla data di scadenza del bando di concorso;

❑ essere in possesso di diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2000, n. 2, ovvero laurea specialistica o magistrale, in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

❑ possedere una comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale nel settore sanitario

oppure

❑ possedere una comprovata esperienza settennale in altri settori, (indicare quali) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato.

**TITOLI FORMATIVI**

(dal più recente – inclusi diploma di laurea, diplomi di specializzazione, dottorati di ricerca, master universitari, altri corsi di alta formazione)

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente formatore |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Denominazione corso |  |
| Ente formatore |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente formatore |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente formatore |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |

**ATTIVITA’ PROFESSIONALE DIRIGENZIALE**

(dal più recente)

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore | ❑ Sanitario  ❑ Altro settore (……………………………………….) |
| Mansione/ruolo |  |
| Breve descrizione dell’incarico (numero di persone coordinate e entità delle risorse finanziarie annualmente gestite) |  |
| Data inizio e data fine rapporto di lavoro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore | ❑ Sanitario  ❑ Altro settore (……………………………………….) |
| Mansione/ruolo |  |
| Breve descrizione dell’incarico (numero di persone coordinate e entità delle risorse finanziarie annualmente gestite) |  |
| Data inizio e data fine rapporto di lavoro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore | ❑ Sanitario  ❑ Altro settore (……………………………………….) |
| Mansione/ruolo |  |
| Breve descrizione dell’incarico (numero di persone coordinate e entità delle risorse finanziarie annualmente gestite) |  |
| Data inizio e data fine rapporto di lavoro |  |

**ATTIVITA’ PROFESSIONALE NON DIRIGENZIALE**

(dal più recente)

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore | ❑ Sanitario  ❑ Altro settore (……………………………………….) |
| Mansione/ruolo |  |
| Breve descrizione dell’incarico (numero di persone coordinate e entità delle risorse finanziarie annualmente gestite) |  |
| Data inizio e data fine rapporto di lavoro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore | ❑ Sanitario  ❑ Altro settore (……………………………………….) |
| Mansione/ruolo |  |
| Breve descrizione dell’incarico (numero di persone coordinate e entità delle risorse finanziarie annualmente gestite) |  |
| Data inizio e data fine rapporto di lavoro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore | ❑ Sanitario  ❑ Altro settore (……………………………………….) |
| Mansione/ruolo |  |
| Breve descrizione dell’incarico (numero di persone coordinate e entità delle risorse finanziarie annualmente gestite) |  |
| Data inizio e data fine rapporto di lavoro |  |

**Eventuali abilitazioni professionali**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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