**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/La sottoscritto/a dichiara di:**

❑ avere un’età inferiore ai 65 anni alla data di scadenza dell’avviso;

❑ diploma di laurea di cui all’ordinamento previgente al D.M. 3 novembre 1999, n. 509, ovvero laurea specialistica o magistrale in ……………………………………. conseguita presso l’Università degli Studi di …………………………………………………….., in data ……………

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

oppure

❑ possedere una comprovata esperienza quinquennale 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

……………………………………….