**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:**

❑ di non avere compiuto 65 anni alla data di pubblicazione dell’avviso pubblico e di non essere in trattamento di quiescenza;

dichiara, inoltre, ai fini della partecipazione al corso di formazione per **direttore sanitario**, di:

❑ essere in possesso di diploma di laurea in medicina e chirurgia

❑ possedere una comprovata esperienza di qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa, almeno quinquennale, in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione;

oppure

dichiara, inoltre, ai fini della partecipazione al corso di formazione per **direttore amministrativo**, di:

❑ essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma di laurea del vecchio ordinamento in discipline giuridiche o economiche;

❑ possedere una comprovata esperienza di qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa, almeno quinquennale, in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

**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 |  |

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

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