**DATI ANAGRAFICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data e Luogo di nascita |  |
| Cittadinanza |  |
| Residenza |  |
| Via |  |
| Recapito telefonico |  |
| Indirizzo 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;

❑ possedere una comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale nel settore sanitario, o settennale in altri settori, 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 laure, diplomi di specializzazione, dottorati di ricerca, master universitari, altri corsi di alta formazione)

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

**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 |  |

**ATTIVITA’ DI DOCENZA** (dal più recente)

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo del corso |  |
| Titolo docenza |  |
| Ente committente |  |
| Contenuti della docenza |  |
| Numero di ore di docenza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo del corso |  |
| Titolo docenza |  |
| Ente committente |  |
| Contenuti della docenza |  |
| Numero di ore di docenza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo del corso |  |
| Titolo docenza |  |
| Ente committente |  |
| Contenuti della docenza |  |
| Numero di ore di docenza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo del corso |  |
| Titolo docenza |  |
| Ente committente |  |
| Contenuti della docenza |  |
| Numero di ore di docenza |  |

**Eventuali abilitazioni professionali**

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

**CONOSCENZA LINGUA INGLESE**

Indicare: A1 Utente base; A2 Utente base; B1 Utente autonomo; B2 Utente autonomo; C1 Utente avanzato; C2 Utente avanzato sulla base del *Common European Framework of Reference for Languages* (CEFR) - https://europass.cedefop.europa.eu/sites/default/files/cefr-it.pdf)

COMPRENSIONE:

PARLATO:

SCRITTO:

**Certificazioni linguistiche, informatiche, etc:**

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