

## AUTOCERTIFICAZIONE DI CURRICULUM PROFESSIONALE

Con riferimento all'avviso di selezione per l'attribuzione delle progressioni economiche orizzontali del personale dipendente dell'A.S.P. della Carnia, pubblicato in data 29/11/2021

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più corrispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 così come modificato dall'art. 15 della Legge n. 289/2002,

### DICHIARA

di non aver prestato servizio presso altre Aziende o Enti del S.S.N. o presso strutture private (accreditate e non).

di aver prestato servizio presso altre Aziende o Enti del S.S.N. o presso strutture sociosanitarie private (accreditate e non) (in tal caso, compilare le righe sottostanti):

1) nome dell'Ente/Struttura: \_\_\_\_\_

durata del servizio: dal \_\_\_\_\_

categoria, profilo e fascia di appartenenza (se Ente Pubblico) (es: categoria: B, profilo: Operatore Tecnico addetto all'assistenza, fascia B2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

livello e ruolo (se la Struttura è privata) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) nome dell'Ente/Struttura: \_\_\_\_\_

durata del servizio: dal \_\_\_\_\_

categoria, profilo e fascia di appartenenza (se Ente Pubblico) (es: categoria: B, profilo: Operatore Tecnico addetto all'assistenza, fascia B2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

livello e ruolo (se la Struttura è privata) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) nome dell'Ente/Struttura: \_\_\_\_\_

durata del servizio: dal \_\_\_\_\_

categoria, profilo e fascia di appartenenza (se Ente Pubblico) (es: categoria: B, profilo: Operatore Tecnico addetto all'assistenza, fascia B2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

livello e ruolo (se la Struttura è privata) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inoltre il sottoscritto

### D I C H I A R A

di aver partecipato, nell'ultimo biennio ai seguenti corsi di aggiornamento (organizzati internamente o al di fuori dell'A.S.P. della Carnia).

1) nome del corso: \_\_\_\_\_  
durata del corso: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
oppure: numero di giorni di durata del corso: \_\_\_\_\_ nome del soggetto  
organizzatore del corso - \_\_\_\_\_

2) nome del corso: \_\_\_\_\_  
durata del corso: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
oppure: numero di giorni di durata del corso: \_\_\_\_\_ nome del soggetto  
organizzatore del corso - \_\_\_\_\_

3) nome del corso: \_\_\_\_\_  
durata del corso: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
oppure: numero di giorni di durata del corso: \_\_\_\_\_ nome del soggetto  
organizzatore del corso - \_\_\_\_\_

(allegare, se possibile, copia degli attestati di frequenza)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_