

**INFORMAZIONI PERSONALI:**

* Cognome e nome ………………………………………………………………………………………
* Luogo e data di nascita ………………………………………………………………………………
* Residenza/Domicilio …………………………………………………………………………………
* Telefono Cellulare …………………………………………………………………………………….
* Pec …………………………………………………………………………………………………………..
* E-mail ………………………………………………………………………………………………………

 Data e luogo conseguimento Laurea in Medicina e Chirurgia

…………………………………………………………………………………..

**A. TITOLI DI STUDIO RILASCIATI DALLE UNIVERSITA’**:

1. Data e luogo conseguimento Specializzazione/i in ………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Data e luogo conseguimento Dottorato/i di ricerca in …………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Data e luogo conseguimento eventuale II Laurea in …………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Data e luogo conseguimento Master I livello in …………………………………….……………….… (indicare la durata del Master) .………………..………………………………………………………………
5. Data e luogo conseguimento Master II livello in ……………………………………………………… (indicare la durata del Master) …………………………………………………..……………………………
6. Data e luogo conseguimento Corso/i di Perfezionamento in ………………..………………... (indicare la durata del corso) …………………………………………………………………………………..

**B. TITOLI DI SERVIZIO:**

1. Attività medico legale prestata presso pubbliche amministrazioni in ambito previdenziale (specificare l’Amministrazione datoriale e il tipo di attività, gli anni solari o le frazioni di anno, le ore di impegno/settimana nell’attività) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Attività medico legale prestata presso pubbliche amministrazioni in ambito assistenziale (specificare l’Amministrazione datoriale e il tipo di attività, gli anni solari o le frazioni di anno, le ore di impegno/settimana nell’attività) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ALTRO**:

Inserire nel presente campo le ulteriori informazioni che il candidato ritenga utile segnalare alla Commissione valutatrice ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**C. TITOLI DI STUDIO, SCIENTIFICI E PROFESSIONALI**

1. Voto di Laurea in Medicina e Chirurgia ……………………………………………………………………………….
2. Voto di Specializzazione/i in ……………………………………………………………………………………………….
3. Pubblicazioni scientifiche (specificare se trattasi di Rivista/Testo/Trattato/Monografia e indicare il titolo e l’anno di pubblicazione) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. Relazioni (specificare il titolo e il contesto di presentazione) …………………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Docenze (specificare materia e sede di svolgimento) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. Incarichi professionali (specificare l’Amministrazione conferente e la tipologia) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
7. Altri titoli scientifici ed accademici non indicati al punto A …………………………………………………………………………………………………………………………………………..
8. Altre esperienze lavorative non indicate al punto B …………………………………………………………………………………………………………………………………………..
9. Specificare la lingua straniera ed il livello di conoscenza (eccellente-buono-elementare) ed eventuali certificazioni in possesso …………………………………………………………………………………..
10. Specificare il livello delle conoscenze informatiche, anche in riferimento a procedure sanitarie dedicate ed eventuali certificazioni in possesso …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data………………… FIRMA …………………………………………… (allegare un documento di riconoscimento valido)