

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 possedere, alla data di pubblicazione dell'Avviso pubblico, i seguenti requisiti ai fini della partecipazione al corso di formazione per **direttore generale**:

- di non avere compiuto 68 anni alla data di pubblicazione dell'avviso pubblico,
- di non trovarsi in stato di quiescenza,
- di essere in possesso di diploma di laurea in _____
- di possedere una comprovata esperienza dirigenziale, almeno triennale nel settore sanitario o quinquennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturate nel settore pubblico o nel settore privato

oppure

di possedere, alla data di pubblicazione dell'Avviso pubblico, i seguenti requisiti ai fini della partecipazione al corso di formazione per **direttore sanitario**:

- di non avere compiuto 68 anni alla data di pubblicazione dell'avviso pubblico,
- di non trovarsi in stato di quiescenza,
- di essere in possesso di diploma di laurea in medicina e chirurgia,
- di possedere esperienza, almeno triennale, di qualificata attività di direzione tecnico- sanitaria in enti o in strutture sanitarie pubbliche e private di media o grande dimensione ovvero ai medici con anzianità di servizio di almeno 10 anni

oppure

di possedere, alla data di pubblicazione dell'Avviso pubblico, i seguenti requisiti ai fini della partecipazione al corso di formazione per **direttore amministrativo**:

- di non avere compiuto 68 anni alla data di pubblicazione dell'avviso pubblico,
- di non trovarsi in stato di quiescenza,
- essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma di laurea del vecchio ordinamento in discipline giuridiche o economiche, nello specifico in _____;
- di possedere una comprovata esperienza, almeno triennale, di qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o in strutture sanitarie pubbliche e private e quinquennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturate 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	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> 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
