

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

ALL' ASST - MANTOVA
Strada Lago Païolo, 10
46100 MANTOVA

IO SOTTOSCRITTO/IA PERRONE DOMINGA

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a CASTELLANETA (TA), il 06/07/1975

di risiedere in SAN PIETRO IN GARIANO (VR) C.A.P. 37029

indirizzo: VIA DON DOMENICO CORBIOLI n. 3

di essere domiciliato in SAN PIETRO IN GARIANO (VR) C.A.P. 37029

indirizzo: VIA DON DOMENICO CORBIOLI n. 3

C.F./P.I.: PRRDNNG75L46C1365 / 04256160237

Telefono: 329 1257481

P.E.C.: dominga.perrone@pec.omceovr.it

E-mail: dominga.perrone@libero.it

Spett.le
ASST di Mantova
Str. Lago Paiolo, 10
46100 Mantova

Il/la sottoscritto/a PERRONE DOMINGA nato/a a CASTELLINETA il 06/07/1975
e residente a SAN PIETRO IN CARIANO (VR)
in via DON DOMENICO CORDIOLI 3 tel. 329 4257481
CF: PRRDN675L46C1365 Partita Iva (se posseduta) 04256160237

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione dell'albo
professionale interno per: ENDOCRINOLOGIA E MAL. DEL RIMBIO

A tal fine sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere cittadino/a ITALIANO;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di SAN PIETRO IN CARIANO
(in caso di mancata iscrizione indicare il motivo);
3. di ~~aver~~/non aver riportato condanne penali (in caso affermativo indicare le condanne penali);
4. di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dal bando quali requisiti di ammissione:

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
SPECIALIZZAZIONE IN ENDOCRINOLOGIA E MAL. DEL RIMBIO

5. di aver prestato servizio presso Enti pubblici a qualsiasi titolo:

MEDICO ESTERNO INPS PRESSO COMM. DI INVALIDITÀ CIVILE

di indicare, altresì, come segue il domicilio presso il quale deve essere data ogni comunicazione relativa al presente avviso :

VIA DON DOMENICO CORDIOLI, 3 37029 SAN PIETRO IN CARIANO (VR)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nel bando, nonché delle norme tutte di legge.

Data, 20/12/2016

Firma
Domènica Perrone

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

◦ di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN

MEDICINA E CHIRURGIA

conseguita in data 23/10/2007 con voto pari a 101/110

presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

con sede in PIAZZA ALDO MORO BARI

◦ di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in

ENDOCRINOLOGIA E MAL DEL RICHIOIO conseguita in data 14/04/2014

con voto pari a 50/60 presso UNIVERSITA DI VERONA

con sede in _____ ai sensi del D.Lgs. _____ e della durata legale

di anni 5 ;

◦ **ALTRI TITOLI DI STUDIO** (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO: _____

conseguita in data _____

presso _____

con sede in _____

ulteriori informazioni: _____

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal 01/10/2016 al OGGI (indicare gg/mm/aa)

presso OSPEDALE SAN PELLEGRINO (esatta denominazione dell'ente)

con sede in CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (MN)

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)
- Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- Struttura Privata

con contratto di tipo: dipendente;
 in regime convenzionale: _____
 contratto di lavoro autonomo di tipo: LP

in qualità di SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MET. DEL RIMBIO

- a tempo determinato con rapporto di lavoro tempo pieno impegno ridotto (ore sett. __)
- a tempo indeterminato con rapporto di lavoro tempo pieno impegno ridotto (n. ore sett. __)

con incarico di MEDICO SPECIALISTA
 (indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO SI
 per i seguenti motivi _____
 dal _____ al _____

Dichiaro che:
 non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.
 ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.
 La misura della riduzione del punteggio è _____

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal 03/11/2014 al OGGI (indicare gg/mm/aa)

presso INPS (esatta denominazione dell'ente)

con sede in VERONA E VENEZIA

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)
- Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- Struttura Privata

con contratto di tipo: dipendente;
 in regime convenzionale: _____
 contratto di lavoro autonomo di tipo: L.P.

in qualità di MEDICO ESTERNO IN COMMISSIONI DI INVALID CIVILE

a tempo determinato con rapporto di lavoro tempo pieno impegno ridotto (ore sett. 25)
 a tempo indeterminato con rapporto di lavoro tempo pieno impegno ridotto (n. ore sett.)

con incarico di MEDICO ESTERNO

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO SI
per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____

Dichiaro che:

non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.
La misura della riduzione del punteggio è _____

PRESENZE A CORSI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: CORSO DI FORMAZ. PER L'ACQUISIZ. DELLE GMP. SIST. TRASFUSIONALE

ENTE ORGANIZZATORE: ULSS 4

LUOGO DI SVOLGIMENTO: CAMPOMAMPIERO (PD)

PRESENIATO COME: AUDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL 17/04/14 AL 19/06/14 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 3 pari a ore totali 12

TITOLO DEL CORSO: IL CALCOLO DEI CARBOIDRATI

ENTE ORGANIZZATORE: AZIENDA USL REGGIO EMILIA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: REGGIO EMILIA

PRESENIATO COME: AUDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL 17/06/2010 AL 18/06/2010 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 2 pari a ore totali _____

SOGGIORNI DI STUDIO/ATTIVITA' DI RICERCA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:

ATTESTATO DI ESECUTORE DI BLSB (27/05/2006 e
20/12/2007

Il presente curriculum professionale consta di n. 7 pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

Il Dichiarante

SAN PIETRO IN ARIANO, il 20/12/2016 Sofia Perone

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)