

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

Il/la sottoscritto/a MIRANDOLA FRANCESCA nato/a a ISOLA DELLA SCALA il 16/5/86
e residente a BOVOLONE
in via S. ALLENDE 11B tel. 340 2562057
CF: MRNFNC86E56E349Q Partita Iva (se posseduta) _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione dell'albo
professionale interno per: MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

A tal fine sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere cittadino/a ITALIANA;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di BOVOLONE (VR)
(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 SPECIALISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA
ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE
(Iscritta all'Ordine dei medici-chirurghi di Verona)
5. di aver prestato servizio presso Enti pubblici a qualsiasi titolo:

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

VIA S. ALLENDE 11B, 37051 BOVOLONE (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, 18/10/17

Firma
Mirandola Francesca

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

IO SOTTOSCRITTO/A MIRANDOLA FRANCESCA

- 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 RESPONSABILITÀ:

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a ISOLA DELLA SCALA (VR), il 16/5/86

di risiedere in BOVOLONE (VR) C.A.P. 37051

indirizzo: VIA S. ALLENDE n. 11B

di essere domiciliato in BOVOLONE (VR) C.A.P. 37051

indirizzo: VIA S. ALLENDE n. 11B

C.F./P.I.: MRNFNC86E56E349Q / 04479310239

Telefono: 340 2562057

P.E.C.: francesca.mirandola@postecert.it

E-mail: francesca.mirandola@gmail.com

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

o di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN
MEDICINA E CHIRURGIA

conseguita in data 24 MARZO 2016 con voto pari a 105/110

presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA

con sede in VIA SAVONAROLA 9, 44121 FERRARA (FE)

o di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in
_____ conseguita in data _____

con voto pari a _____ presso _____

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

di anni _____ ;

o **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: _____

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

○ TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

○ TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

ESPERIENZA LAVORATIVA:

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

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con sede in _____

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: _____

in qualità di _____

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 _____

(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: ALS PROVIDER (IRC)

ENTE ORGANIZZATORE: Centro formazione S.I.A. FORM ITALIA Srl

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Via ~~della Vittoria~~ ^{Vittorio della} Vittoria 27, Ca' di David (VR)

PRESENZIATO 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 24/06/17 AL 25/06/17 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 2 pari a ore totali 16

TITOLO DEL CORSO: AIRWAY MANAGEMENT (AHA)

ENTE ORGANIZZATORE: Centro formazione S.I.A. FORM ITALIA Srl

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Via Vittorio della Vittoria 27, Ca' di David (VR)

PRESENZIATO COME: AUDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO 23/07/17 per ore totali 4

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

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: ECG & PHARMACOLOGY

ENTE ORGANIZZATORE: Centro formazione S.i. A. FORM ITALIA Srl

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Via Vittorio della Vittoria 27, Ca' di David (VR)

PRESENIATO COME: AUDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO 23/07/17 per ore totali 4

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: UDITORE 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 _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

ATTIVITA' DIDATTICA:

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

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

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:

Il presente curriculum professionale consta di n. 8 pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

Il Dichiarante

Bovolone, il 18/10/17

Mirondolo Francesco

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)