

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

ALL' ASST – MANTOVA
Strada Lago Paiolo, 10
46100 MANTOVA

IO SOTTOSCRITTO/A MORETTI FRANCO

- 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 OSTIGLIA (MN), il 17-7-1954

di risiedere in S. GIORGIO DI MANTOVA (MN) C.A.P. 46030

indirizzo: V. VOLTURNO n. 8

di essere domiciliato in S. GIORGIO DI MANTOVA (MN) C.A.P. 46030

indirizzo: V. VOLTURNO n. 8

C.F.: /P.I.: MRTFNC54L17G-1860 // 02441120207

Telefono: 0376-245019 ~~338-4756825~~

P.E.C.: —

E-mail: moretti.franco1@virgilio.it

Pag. 1


TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

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

conseguita in data 20.2.1981 con voto pari a 103/110

presso UNIVERSITA' DI PADOVA

con sede in VERONA

☒ di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in
ORTOPEDIA conseguita in data 26.7.1986

con voto pari a _____ presso UNIVERSITA' DI VERONA

con sede in VERONA ai sensi del D.Lgs. _____ e della durata legale
di anni 5 ;

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: _____

pag. 2



ESPERIENZA LAVORATIVA:

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

Dal 9/1986 al 8/2015 (1/9/2014 From)
(indicare gg/mm/aa)

presso ASL MANTOVA POI AZ. OSP. C. POMA (esatta denominazione dell'ente)

con sede in MANTOVA

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 MEDICO SPEC. ORTOPEDICO

☐ 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 DIR. MEDICO ORTOPEDICO

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

motivo dell'eventuale cessazione: DIMISSIONE VOLONTARIA

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 _____

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): _____

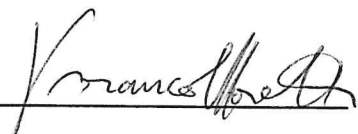
ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:

- ATTIVITA' CHIRURGICA ED AMBULATORIALE QUALE
SPECIALISTA ORTOPEDICO IN LIBERA PROFESSIONE
PRESSO DIVERSE CLINICHE

Il presente curriculum professionale consta di n. 4 pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

Il Dichiarante

MANTOVA, li 5/5/18



(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)

- Pag 4 -
