**DATI ANAGRAFICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data e Luogo di nascita |  |
| Cittadinanza |  |
| Residenza |  |
| Via |  |
| Recapito telefonico |  |
| Indirizzo Email |  |

**TITOLI FORMATIVI** (dal più recente- diploma di laurea, diplomi di specializzazione, dottorati di ricerca)

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

**TITOLI FORMATIVI SPECIFICI –** Si chiede di elencare leattività documentate di formazione nell’ambito della gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e/o di qualità delle cure e dell’assistenza (non verranno considerate come attività formative rilevanti per il bando le attività di formazione svolte saltuariamente, una tantum o senza soluzione di continuità).

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione corso |  |
| Ente erogante |  |
| Data inizio corso e data fine corso |  |
| Eventuale titolo rilasciato |  |
| Eventuale votazione finale |  |

**ATTIVITA’ PROFESSIONALE**

**Attuale incarico** (si richiede di specificare nella sezione “Breve descrizione dell’incarico” se l’attività rientra nell’ambito dellagestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e/o di qualità delle cure e dell’assistenza)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore |  |
| Ruolo/Mansione |  |
| Breve descrizione dell’incarico |  |
| Data inizio incarico |  |

**Incarichi precedenti all’attuale** (si richiede di specificare nella sezione “Breve descrizione dell’incarico” se l’attività rientra nell’ambito dellagestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e/o di qualità delle cure e dell’assistenza)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore |  |
| Ruolo/Mansione |  |
| Breve descrizione dell’incarico |  |
| Data inizio e fine incarico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore |  |
| Ruolo/Mansione |  |
| Breve descrizione dell’incarico |  |
| Data inizio e fine incarico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifica |  |
| Azienda |  |
| Settore |  |
| Ruolo/Mansione |  |
| Breve descrizione dell’incarico |  |
| Data inizio e fine incarico |  |

**Eventuali pubblicazioni su riviste accreditate**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**ALTRE COMPETENZE CHE SI VUOLE SEGNALARE**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**CONOSCENZA LINGUA INGLESE**

COMPRENSIONE:

PARLATO:

SCRITTO:

In conformità al “Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali” Reg. UE/679/2016 e al D.Lgs. N. 196/03 con la presente autorizzo ad utilizzare ed elaborare i miei dati personali contenuti in questo documento.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data  ----------------------------- | Firma  ------------------------------------- |