

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il sottoscrittoS.T.E.F.A.N.O.....L.E.V.I.A.....,

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità, dichiara i seguenti stati, fatti e qualità personali:

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

Diploma di Laurea in:MEDICINA E CHIRURGIA.....

Università degli Studi di:TORINO.....

Data di conseguimento:21/07/2016.....

Votazione:110/110 L.....

Iscrizione all'Albo Professionale diTORINO.....n.....23933.....

ESPERIENZE PROFESSIONALI

DATE: (da- a)

.....
.....
.....
.....

Azienda o ente: nome e località del datore di lavoro

Tipo di rapporto di lavoro: tempo determinato o indeterminato, tempo pieno o part-time, impegno orario settimanale

.....

Qualifica e principali attività e responsabilità

.....

FORMAZIONE (corsi di aggiornamento: data, luogo, titolo, durata; docenze: a.a. materia, istituto, ore di lezione; etc.)

.....
.....
.....

COMPETENZE PERSONALI

.....
.....
.....

Il presente curriculum formativo e professionale viene formulato come dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR UE 2016/679.

Luogo e data23/07/2016.....

FIRMA