



SCHEDA CURRICULARE

Allegato 2

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE			
ENTE DI APPARTENENZA		PRESIDIO	
RUOLO			
VIA	CITTA	C.A.P.	
TELEFONO		CELLULARE	
FAX		E-MAIL	
Diploma di laurea <input type="checkbox"/> I Livello <input type="checkbox"/> II Livello <input type="checkbox"/> Altro ¹			
Specificare:			

1. Partecipazione a corsi/seminari ² sulle metodologie della qualità se si, indicare titolo, ente erogatore, tipologia, durata e anno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
2. Partecipazione a corsi/seminari su autorizzazione, accreditamento, certificazione ISO	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se si, indicare titolo, ente erogatore, tipologia ³ , durata e anno	
.....	
.....	
.....	
.....	
3. Partecipazione a corsi/seminari su management sanitario	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
se si, indicare titolo, ente erogatore, tipologia ³ , durata e anno	
.....	
.....	
.....	
.....	

¹ Sono accettati tutti i titoli, corsi e diplomi riconosciuti equipollenti a quelli italiani, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

² Con riferimento a corsi e seminari di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 indicare max 3 corsi a partire da quelli svolti più di recente.

³ Corso di formazione, seminario, stage intensivo, ecc.



4. Partecipazione a corsi/seminari sulla comunicazione se sì, indicare titolo, ente erogatore, tipologia ¹ , durata e anno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
5. Partecipazione a corsi/seminari sulla gestione dei gruppi se sì, indicare titolo, ente erogatore, tipologia ⁴ ,durata e anno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
6. Svolge attività presso un Ufficio Qualità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
7. Svolge attività a contatto con l'utenza esterna	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
8. Nella sua attività regolare, gestisce riunioni con operatori	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9. Nella sua attività regolare, gestisce riunioni con utenti esterni	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10. Nella sua attività regolare, ha contatto con utenza interna (interfacce con i servizi)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
11. Nella sua attività regolare, svolge attività di coordinamento di personale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
12. Nella sua attività regolare, coordina gruppi di lavoro	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
13. Ha svolto attività di formatore all'interno dell'Azienda/Struttura se sì, indicare titolo dell'evento formativo, tipologia ¹ , durata e anno	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
14. Ha collaborato alla progettazione di percorsi di miglioramento della qualità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

FIRMA DEL CANDIDATO

¹ Corso di formazione, seminario, stage intensivo, ecc.