

Allegato "D"
CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

//La sottoscritto/a	Cognome DE TONI	Nome ANNA
---------------------	---------------------------------	---------------------------

--	--	--

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

di essere in possesso della laurea in	...MEDICINA E CHIRURGIA
conseguita in data	..... 20.03.2002
presso l'Università degli Studi di	..... PADOVA
<i>(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>	
Riconoscimento a cura di	
in data.....	
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei	...MEDICI
della provincia di	..... VICENZA
dal	..... 2003
numero d'iscrizione	..... 7053

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:	
Specializzazione in	..... OSTETRICIA E GINECOLOGIA
conseguita in data	..... 02.11.2009
presso l'Università degli Studi di	..... MODENA E REGGIO EMILIA
Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
<i>(In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>	
Riconoscimento a cura di	
in data.....	
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:	
Profilo professionale	..... MEDICO GINECOLOGO
Disciplina	..... GINECOLOGIA e OSTETRICIA
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	..... EX ULSS 3 BASSANO
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	..... VIA DEI LOTTI
Dal ..02.05.05 al 31.01.10	<input type="checkbox"/> con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al.....	<input checked="" type="checkbox"/> indeterminato
per.....	<input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto
Dal al 31.01.10	<input type="checkbox"/> con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
	<input checked="" type="checkbox"/> indeterminato

<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario (ore ...)	<input type="checkbox"/> tempo pieno	<input type="checkbox"/> tempo ridotto
Profilo professionale			
Disciplina MEDICO			
Presso (Azienda, Ente, ecc.) MEDICINA GINECOLOGIA E OST.			
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) ex ULSS4 ACQUAVIVENTINO			
Dal 01.07.2011 al 14.01.2014			
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario (ore...)	<input checked="" type="checkbox"/> tempo pieno	<input type="checkbox"/> tempo ridotto
Dal al			
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario (ore ...)	<input type="checkbox"/> tempo pieno	<input type="checkbox"/> tempo ridotto
Profilo professionale			
Disciplina MEDICA			
Presso (Azienda, Ente, ecc.) OSTETRICIA E GINECOLOGIA			
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) ULSS7 FEDERMONTEANA			
Dal 15.01.2014 al			
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario (ore ...)	<input checked="" type="checkbox"/> tempo pieno	<input type="checkbox"/> tempo ridotto
Dal al 01/01/.....			
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario (ore 3/1)	<input type="checkbox"/> tempo pieno	<input checked="" type="checkbox"/> tempo ridotto

(duplicare riquadro in caso di necessità)

di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:

Nella branca di	..... GINECOLOGIA e OSTETRICA
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	..... ULSS7
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	..... CONSULTORIO FAMILIARE
Dal 15.01.2014 al 31.03.2016	con impegno settimanale pari a ore ... 38
Nella branca di	..... GINECOLOGIA e OSTETRICA
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	..... ULSS7
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	..... CONSULTORIO FAMILIARE
Dal 01.04.2016 al 01.01. IN CORSO	con impegno settimanale pari a ore ... 31
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero-professionale, prestazione occasionale):

Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Ambiti di autonomia professionale (Indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarico di direttore di struttura complessa, di responsabile di struttura semplice, professionale di alta

specializzazione, ecc...)	
Tipologia di incarico	
Denominazione Struttura di appartenenza	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	
Tipologia di incarico	
Denominazione Struttura di appartenenza	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	
Tipologia di incarico	
Denominazione Struttura di appartenenza	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

Di aver svolto attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione

Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a un anno con esclusione dei tirocini obbligatori

Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

Di aver conseguito i seguenti titoli: master, corsi di perfezionamento universitari ecc...

--

EUBOMEDINFORM	ALL YOU NEED IS LOVE	2019	8	ROMA	10

(duplicare righe in caso di necessità)

DATA

16.07 2020