

MODULO B – ART. 4, COMMA 2, DEL BANDO DI CONCORSO	FORMULAR B – ARTIKEL 4 ABSATZ 2 DER BEKANNTMACHUNG DES AUSWAHLVERFAHRENS
CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA, CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO, DI N. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI PRIMO LIVELLO DELL'AREA MEDICO-LEGALE PER IL RUOLO LOCALE DELLA PROVINCIA DI BOLZANO.	ÖFFENTLICHER WETTBEWERB NACH TITELN UND PRÜFUNGEN ZUR BESETZUNG VON NR. 3 STELLEN ALS ÄRZTLICHER DIREKTOR (ERSTE FÜHRUNGSEBENE) DES MEDIZINISCH-RECHTSMEDIZINISCHEN BEREICHS FÜR DEN LOKALEN STELLENPALN DER PROVINZ BOZEN MIT VOLLZEITBESCHÄFTIGUNG UND UNBEFRISTETEM ARBEITSVERTRAG.
COGNOME E NOME _____	NACHNAME UND NAME _____
CODICE FISCALE _____	STEUERNUMMER _____
TITOLI VALUTABILI AI SENSI DELL'ART. 12 DEL BANDO DI CONCORSO	BEWERTBARE TITEL GEMÄSS ARTIKEL 12 DER BEKANNTMACHUNG DES AUSWAHLVERFAHRENS
1. Titoli accademici e di studio:	1. Akademische und Studientitel:
1.1. LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA	1.1. STUDIENABSCHLUSS IN MEDIZIN UND CHIRURGIE
<i>Denominazione dell'Ateneo</i> _____	<i>Name der Universität</i> _____
<i>Data e luogo di conseguimento</i> _____	<i>Datum und Ort des Erwerbs</i> _____
<i>Voto di laurea</i> _____	<i>Abschlussnote</i> _____
1.2. SPECIALIZZAZIONE MEDICA	1.2. MEDIZINISCHE SPEZIALISIERUNG
<i>Denominazione della branca medica</i> _____	<i>Bezeichnung des medizinischen Fachgebiets</i> _____
<i>Denominazione dell'Ateneo</i> _____	<i>Name der Universität</i> _____
<i>Data e luogo di conseguimento</i> _____	<i>Datum und Ort des Erwerbs</i> _____
<i>Specificare se la specializzazione è stata conseguita ai sensi dei decreti legislativi nn. 257/1991 e 368/1999:</i> _____	<i>Geben Sie an, ob die Spezialisierung gemäß den gesetzesvertretenden Dekreten Nr. 257/1991 und 368/1999 erworben wurde:</i> _____
1.3. DOTTORATO DI RICERCA	1.3. PROMOTION
<i>Denominazione della branca medica</i> _____	<i>Bezeichnung des medizinischen Fachgebiets</i> _____
<i>Denominazione dell'Ateneo</i> _____	<i>Name der Universität</i> _____
<i>Data e luogo di conseguimento</i> _____	<i>Datum und Ort des Erwerbs</i> _____
1.4. MASTER:	1.4. WEITERBILDENDER MASTER:

<i>Livello (I o II)</i> _____ <i>CFU</i> _____	<i>Grund- oder Aufbaustufe</i> _____ <i>LP</i> _____
<i>Denominazione della branca medica</i> _____	<i>Bezeichnung des medizinischen Fachgebiets</i> _____
<i>Denominazione dell'Ateneo</i> _____	<i>Name der Universität</i> _____
<i>Data e luogo di conseguimento</i> _____	<i>Datum und Ort des Erwerbs</i> _____
1.5. PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE SU MATERIE DI INTERESSE ISTITUZIONALE	1.5. WISSENSCHAFTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN ZU THEMEN VON INSTITUTIONELLEM INTERESSE
<i>Tipologia (rivista/trattato/monografia)</i> _____	<i>Art (Zeitschrift/Aufsatz/Monografie)</i> _____
<i>Titolo</i> _____	<i>Titel</i> _____
<i>Anno pubblicazione</i> _____	<i>Erscheinungsjahr</i> _____
2. Titoli di servizio/esperienza professionale:	2. Dienstzeugnisse/Berufserfahrung:
2.1. ATTIVITA' MEDICO-LEGALE SVOLTA PER EFFETTO DI CONTRATTI DI LAVORO, DIPENDENTE O AUTONOMO IN CONVENZIONE, STIPULATI CON STRUTTURE PUBBLICHE: <i>Ambito (assistenziale/previdenziale)</i> _____ <i>Denominazione struttura pubblica</i> _____ <i>Tipologia attività</i> _____ <i>Data inizio/fine/in corso (minimo 6 mesi)</i> _____ <i>Durata complessiva (anni, mesi, giorni)</i> _____	2.1. RECHTSMEDIZINISCHE TÄTIGKEIT IM RAHMEN EINES ARBEITSVERTRAGS MIT ÖFFENTLICHEN EINRICHTUNGEN, SEI ES ALS ANGESTELLTER ODER ALS FREIBERUFLER MIT WERKVERTRAG: <i>Bereich (Fürsorge/Vorsorge)</i> _____ <i>Name der öffentlichen Einrichtung</i> _____ <i>Art der Tätigkeit</i> _____ <i>Beginn/Ende/laufend (mindestens 6 Monate)</i> _____ <i>Gesamtdauer (Jahre, Monate, Tage)</i> _____
2.2. SPECIALIZZAZIONE MEDICA IN CORSO: Indicare la denominazione della branca medica e dell'Ateneo, la durata del corso e specificare l'anno di corso di frequenza alla data di pubblicazione del bando. <i>Denominazione della branca medica</i> _____ <i>Denominazione dell'Ateneo</i> _____	2.2. LAUFENDE MEDIZINISCHE SPEZIALISIE- RUNG: Geben Sie den Namen des medizinischen Fachgebiets und der Universität, die Dauer des Studiengangs und das Ausbildungsjahr zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Bekanntmachung an. <i>Bezeichnung des medizinischen Fachgebiets</i> _____ <i>Name der Universität</i> _____

Durata del corso _____ Anno di frequenza (A.A. 2024/2025) _____	Dauer des Studiengangs _____ Ausbildungsjahr (Studienjahr 2024/2025) _____
Luogo e data: _____	Ort und Datum: _____
Firma _____	Unterschrift _____
Dichiarazione sostitutiva di certificazioni/dell'atto di notorietà (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i)	Erklärung anstelle einer Bescheinigung/ beeideten Bezeugungsurkunde (Artikel 46 und 47 des Präsidialdekrets Nr. 445 vom 28. Dezember 2000 in seiner geltenden Fassung)
Il/La sottoscritto/a	Der/die Unterzeichnete
nato/a a	geboren in
(Prov.) il	(Prov.) am
residente in	wohnhaft in
Via _____ n.	Straße _____ Nr.
e domiciliato/a in	mit Zustellungsanschrift in
Via _____ n.	Straße _____ Nr.
Telefono	Telefon
PEC	PEC
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:	ist sich über die strafrechtliche Haftung im Falle von Urkundenfälschung und unwahren Erklärungen gemäß den Bestimmungen des Art. 76 des Präsidialdekrets Nr. 445 vom 28. Dezember 2000 sowie über den Verlust des Vorteils aus einer auf der Grundlage unwahrer Erklärungen erlassenen Maßnahme gemäß den Bestimmungen des Art. 75 des Präsidialdekrets Nr. 445 vom 28. Dezember 2000 bewusst und
D I C H I A R A	E R K L Ä R T
che tutte le informazioni contenute nel presente curriculum sono veritiere.	gemäß dem vorgenannten Präsidialdekret Nr. 445/2000 in eigener Verantwortung, dass alle in diesem Lebenslauf enthaltenen Angaben der Wahrheit entsprechen.
Luogo e data: _____	Ort und Datum: _____
IL/LA DICHIARANTE	DER/DIE ERKLÄRENDE

<i>(Firma per esteso e leggibile)</i>		<i>(Vollständige und leserliche Unterschrift)</i>
---------------------------------------	--	---