

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome                   Valentina  
Indirizzo             Dadomo  
Telefono  
Fax  
E-mail                 ██  
  
Nazionalità           ██████████  
Data di nascita       ██████████

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da – a)                   2005 – Diploma di maturità scientifica con indirizzo sperimentale P.N.I. (Piano Nazionale Informatico), presso il Liceo Scientifico "Edith Stein" di Gavirate (VA).  
  
2019 – Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi dell'Insubria.  
  
Novembre 2019-Febbraio 2020 Tirocinio di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo presso l'Ospedale Castelli di Verbania.

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

**CAPACITÀ E COMPETENZE**

**PERSONALI**

*Acquisite nel corso della vita o della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.*

PRIMA LINGUA           Italiano

ALTRE LINGUE           Inglese

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

## CAPACITÀ E COMPETENZE

### RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante o in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

## CAPACITÀ E COMPETENZE

### ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

## CAPACITÀ E COMPETENZE

### TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

- Buona conoscenza del sistema operativo di Windows 98/Me/2000/Xp/Vista
- Buona Conoscenza del pacchetto Office (Word, Excel,Power Point,Outlook)
- Buona Conoscenza del sistema operativo MacOS

## CAPACITÀ E COMPETENZE

### ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

## ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

## PATENTE O PATENTI

B

## ULTERIORI INFORMAZIONI

## ALLEGATI

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 20 della legge 15/03, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03

Varese, 30/06/2020

NOME E COGNOME (FIRMA)



**SOC GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE**

Sede legale :Via Mazzini, 117 - 28867 Omegna (VB)  
Sede Operativa Omegna : Tel 0323 866370 Fax 0323 868371 e-mail :osru@asivco.it  
SOS Formazione Tel. 0323/868394 gpcil@asivco.it  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail :previdenza@asivco.it  
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail:stipendi@asivco.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 2 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 1 D.P.R. 20.10.98 n. 403)**

Il/La sottoscritto/a VALENTINA DADONO  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

**DICHIARA**

- 1 - Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2 - Di essere residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con domicilio in \_\_\_\_\_
- 3 - Di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_
- 4 - Di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_

per i residenti all'estero: se nati in Italia indicare il Comune di nascita; se nati all'estero precisare a quale titolo siano cittadini italiani

- 5 - Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_
- 6 - Di essere di stato civile \_\_\_\_\_
- 7 - Di essere nella seguente posizione nel riguardo degli obblighi militari \_\_\_\_\_
- 8 - di non avere riportato condanne penali \_\_\_\_\_  
avere \_\_\_\_\_
- 9 - di essere in possesso del seguente titolo di studio DOTTORE IN MEDICINA \_\_\_\_\_  
E CHIRURGIA \_\_\_\_\_  
indicare denominazione, sede ed anno di conseguimento titolo  
CONSEGUITO IL 23/10/2019 PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI  
STUDI DELL'INSUBRIA (VARESE) \_\_\_\_\_

- 10 - di essere in possesso del seguente titolo professionale .....  
indicare denominazione, sede e anno conseguimento  
 DOTTORE IN MEDICINA E CHIRURGIA  
 2019 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBERIA (VA)
- 11 - di essere in possesso della specializzazione in .....  
indicare denominazione, sede e anno conseguimento
- 12 - di essere abilitato all'esercizio della professione di MEDICO E CHIRURGO.  
indicare sede e anno conseguimento  
 ABILITAZIONE PRESSO L'UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE  
 ORIENTALE - SECONDA SESSIONE 2019
- 13 - di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di VARESE  
 al n. 08106 dal 23/03/2020

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del d.p.r. 20/10/1998 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dati personali") risulta informato delle seguenti circostanze (1) che il titolare del trattamento è l'ASL V.C.O., i cui riferimenti di contatto sono indicati nell' intestazione di questo documento; (2) che il titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo dpo@asvco.it; (3) che il trattamento dei propri dati è effettuato per finalità di selezione del personale e formazione sulla base del proprio consenso espresso (art. 6.1.a del GDPR), (4) che l'informativa completa è disponibile sul sito [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it).

Il sottoscritto concede il proprio consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto

Omegna, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_



**SOC GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI**

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Oragna (VB)  
Sede Operativa Oragna : Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail : osru@asivco.it  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail : previdenza@asivco.it  
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail : stipendi@asivco.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 4 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 2 D.P.R. 20.10.98 n. 403)**

Il/La sottoscritto/a VALENTINA ORDANO  
Nato/a a CUSCO (RE) (I) il 02/01/1986  
E residente in LEGGIUNO (Prov.) VA  
Via TRENTO n. 62

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

**DICHIARA**

- di non avere intrattenuto negli ultimi 3 anni altri rapporti di lavoro dipendente o collaborazioni a vario titolo con soggetti privati in qualunque modo retribuiti  
- Art.6 Codice di Comportamento

OWERO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di non appartenere ad Organizzazioni o Associazioni i cui interessi possano interferire con l'attività di servizio - Art.5 Codice di Comportamento

OWERO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di non avere altri rapporti di lavoro dipendente pubblici o di rapporti convenzionali con il SSN

OWERO

- di essere nel rapporto di: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERIODO DI PROVA PER PERSONALE DEL COMPARTO :**

Ai sensi dell'art. 25 del CCNL del personale del Comparto Sanità del 21/05/2018, il sottoscritto dichiara che il presente rapporto di lavoro non è soggetto al periodo di prova in quanto :

- ha già precedentemente superato il periodo di prova in rapporti di lavoro subordinato, nella medesima categoria, profilo e disciplina, ove prevista

**SOLO PER DIRIGENZA CON INCARICHI DI FUNZIONI  
DIRIGENZIALI DI SOC O SOS INDIPENDENTI O  
DIPARTIMENTALI**

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.Lgs.165/2001 e s.m.i., alla Legge 662/96, all'art. 72 Legge 448/98 ed artt.3 -7-9-12 del D.Leg.vo 39/2013

OVVERO

---

---

---

- di non avere situazioni di conflitto di interessi – Art. 6 e Art.13 comma 3 Codice di Comportamento

OVVERO

---

---

---

- di non avere parenti o affini entro il 3° grado, coniuge o convivente con attività politico economica o professionale con possibile connessione o coinvolgimento nell'attività inerente l'ufficio – Art.13 comma 3 Codice di Comportamento

OVVERO

---

---

---

di avere i seguenti rapporti convenzionali con il S.S.N.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non essere mai stato dispensato o destituito da impieghi presso pubbliche amministrazioni

di non essere titolare di alcun tipo di pensione

OWERO

di essere titolare della seguente pensione : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.

OWERO

**PERIODO DI PROVA PER PERSONALE DELLA DIRIGENZA :**

Ai sensi dell'art. 12 – comma 12- CCNL 19/12/2019 - il sottoscritto dichiara che il presente rapporto di lavoro non è soggetto al periodo di prova in quanto :

- ha già precedentemente superato il periodo di prova in rapporti di lavoro subordinato, anche a tempo determinato di durata superiore a 12 mesi, nei medesimi ruolo, qualifica e disciplina nelle seguenti Aziende, Enti o Istituti del comparto Sanità:
- ha svolto rapporti di lavoro subordinato in termini pari o superiori a 12 mesi, nei medesimi ruolo, qualifica e disciplina di Aziende, Enti o Istituti del comparto Sanità

Periodo : dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Qualifica : Dirigente \_\_\_\_\_ Disciplina : \_\_\_\_\_

Tempo determinato  Tempo indeterminato

Presso : \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Qualifica : Dirigente \_\_\_\_\_ Disciplina : \_\_\_\_\_

Tempo determinato  Tempo indeterminato

Presso : \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Qualifica : Dirigente \_\_\_\_\_ Disciplina : \_\_\_\_\_

Tempo determinato  Tempo indeterminato

Presso : \_\_\_\_\_



- di non aver riportato condanne penali e di non essere sottoposto a giudizio per i reati di cui al titolo II Capo I del Codice Penale:

---

---

---

---

OVVERO

---

---

---

---

**N.B. Barrare le voci che interessano e completare con le dichiarazioni richieste**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del d.p.r. 20/10/1998 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dati personali") risulta informato delle seguenti circostanze (1) che il titolare del trattamento è l'ASL V.C.O., i cui riferimenti di contatto sono indicati nell' intestazione di questo documento; (2) che il titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo dpo@asvco.it; (3) che il trattamento dei propri dati è effettuato per finalità di selezione del personale e formazione sulla base del proprio consenso espresso (art. 6.1.a del GDPR), (4) che l'informativa completa è disponibile sul sito [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it).

Il sottoscritto concede il proprio consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto

Omegna 

IL DICHIARANTE



La suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

L'IMPIEGATO ADDETTO

\_\_\_\_\_