

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto Gorellini Marta,
codice fiscale GRMRT83P41I726Q
nato a Siena il 1/09/1983, residente in Castelnuovo Berardenga, località di Quercegrossa
Via G. di Vittorio n° 21, 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 D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

A) Di essere in possesso del seguente titolo di studio :

Diploma SCIENTIFICO

conseguita/o presso Scuola di Siena, Liceo Scientifico Galileo Galilei voto 74/100 in data
anno scolastico 2001/2002

B) Di aver conseguito i seguenti, ulteriori titoli di studio:

Laurea in Logopedia

conseguito presso Facoltà di Medicina e Chirurgia, università degli studi di Siena
voto 106/107 in data 14/03/2007

C) Di aver avuto rapporti lavorativi alle dipendenze:

- del Servizio Sanitario Nazionale
- di altra Pubblica Amministrazione
- di Privati convenzionati con il SSN
- di Privati non convenzionati con il SSN
- di Agenzie interinali
- di Cooperative

(barrare la voce che interessa)

"La Prateria", Paderno Dugnano, MI

Tipologia rapporto di lavoro

- Lavoro subordinato
- Co.co.co.
- Libera professione

(barrare la voce che interessa)

in qualità di: Profilo professionale e categoria di Logopedista categoria C.
dal 10/10/2008 al 30/09/2009.

servizio prestato presso la Prateria, Paderno Dugnano

Tempo tempo determinato

Tempo pieno

In caso di servizio presso SSN: ricorrono / non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR
761/79

D) Di aver svolto le seguenti ulteriori attività: (utilizzare per dichiarare attività prestata come):

- vincitore di borsa di studio
- tirocinio volontario
- stagista

(barrare la voce che interessa)

Attività svolta con la qualifica di

presso (esatta denominazione e indirizzo azienda / altro).....

dal (gg/mm/aaaa)al (gg/mm/aaaa)

Tempo pieno / tempo parziale: per n.ore settimanali / percentuale

(cancellare l'ipotesi che non interessa)

(N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza)

E) Di aver allegato alla domanda le seguenti pubblicazioni /abstract / poster / altro

(indicare se allegate in originale o in copia resa conforme):

n. ° _____ pubblicazioni/abstracts allegati in originale/fotocopia (cancellare l'ipotesi che non interessa)

F) Di aver effettuato le seguenti docenze:

Titolo del Corso

EnteOrganizzatore.....

a.a. / a.s. oppure: data di svolgimento.....ore docenza n.

Materia di insegnamento:.....

N.B. Per ogni materia indicare il totale delle ore e/o degli aa.aa. o aa.ss.; schema da riprodurre per ciascuna docenza / materia.

G) Di aver partecipato ai seguenti n.7 corsi di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica etc.:

Denominazione del corso: CORSO DI SENSIBILIZZAZIONE LIS

Ente organizzatore e luogo svolgimento: COOPERATIVA ELFO, SIENA

Data / date di svolgimento: febbraio, giugno 2016 ore complessive 40

Modalità svolgimento: Uditore

Denominazione del corso: " I DISTURBI MORFOSINTATTICI IN Età EVOLUTIVA:VALUTAZIONE E TRATTAMENTO"

Ente organizzatore e luogo svolgimento: S.E.F., PERUGIA

Data / date di svolgimento: 26-27 maggio 2018 ore complessive 25

Modalità svolgimento: Uditore, 18 crediti ECM

Denominazione del corso: " SVILUPPO, INCLUSIONE E PARTECIPAZIONE"

Ente organizzatore e luogo svolgimento: OIC, AGE.NAS, FIRENZE

Data / date di svolgimento: 27 gennaio 2018 ore complessive 10

Modalità svolgimento: Uditore, 5 crediti ECM

Denominazione del corso: " ADHD, disturbo da deficit attenzione e iperattività, dal bambino all'adulto; valutazione, diagnosi e trattamento"

Ente organizzatore e luogo svolgimento: LABOFORM, FIRENZE

Data / date di svolgimento: 17 marzo 2018 ore complessive 10

Modalità svolgimento: UDITORE, 13 crediti ECM

Denominazione del corso: " IL DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO, Dal Parlatore tardivo, al Disturbo Specifico di Apprendimento

Ente organizzatore e luogo svolgimento: FLI, LIVORNO

Data / date di svolgimento: 15-16 MARZO 2013 ore complessive 15

Modalità svolgimento: UDITORE, 10 crediti ECM

Denominazione del corso: " DIAGNOSI DELLE DISFONIE D'INTERESSE FONIATRICO"

Ente organizzatore e luogo svolgimento: REGIONE TOSCANA, PISA

Data / date di svolgimento: 17-18/10/2008 ore complessive 15

Modalità svolgimento: UDITORE, 16 CREDITI ECM.

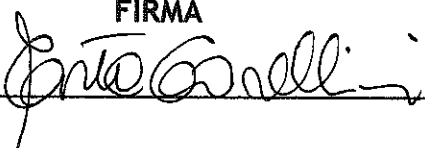
H) Altro : MASTER DSA IN CORSO, ON LINE, CREDITI ECM 50, DURATA ORE 1500, organizzato da ICOTEA.

I) Dichiaro che tutte le fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso.

L) Allego fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Luogo e data Siena 12/08/10

FIRMA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Antonio Conelli', is written over a horizontal line.