

**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 BIANCIARDI SILVIA,

codice fiscale BNCSLV70E64I7260

nato a SIENA il 24-5-1970, residente in SIENA STRADA DI MARCIANO n° 27-A,  
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 ASSISTENTE DI COMUNITA'

conseguita/o presso Scuola di SIENA "Monna Agnese" voto 48/60 in data luglio 1989

**B) Di aver conseguito i seguenti, ulteriori titoli di studio (laurea, master, dottorato di  
ricerca, altre lauree, attestati LIS, etc, etc.)**

Laurea triennale in logopedia conseguito presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia  
dell'Università di Siena con voto 110/110 e lode in data 6/7/1992

**C) Di aver conseguito i seguenti, ulteriori titoli di studio (laurea, master, dottorato di  
ricerca, altre lauree, attestati LIS, etc, etc.)**

Certificato di competenza in psicomotricità

conseguito presso la Scuola Superiore di Formazione in psicomotricità CISERPP di Verona

voto 105/110 in data 13/12/2006

**D) Di aver conseguito i seguenti, ulteriori titoli di studio** (laurea, master, dottorato di ricerca, altre lauree, attestati LIS, etc, etc.)

Certificato internazionale in Scienze e Tecniche del Corpo CISTC conseguito presso l'organizzazione Internazionale di Psicomotricità O.I.P.R. di Parigi voto eccellent in data Luglio 2002

**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)

(Indicare esattamente denominazione ed indirizzo del datore di lavoro)

.....  
.....

Tipologia rapporto di lavoro:

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

(barrare la voce che interessa)

**in qualità di:** Profilo professionale e categoria Logopedista

dal (gg/mm/aaaa) Dicembre 1992 al (gg/mm/aaaa) Febbraio 1996

servizio prestato presso CTE Firenze

Tempo indeterminato

Tempo pieno

(cancellare l'ipotesi che non interessa)

In caso di servizio presso SSN: ricorrono / non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79 (cancellare l'ipotesi che non interessa).

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

**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. 13 corsi di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica etc.:**

- / "Visione, abilità motorie e problemi di apprendimento" Aprile 2011, organizzato dal CISERPP di Verona
- / "Valutazione e test psicomotori" Novembre 2014, organizzato dal Ciserpp di Verona, 21 ecm
- / "Abilità cognitive nello spettro autistico" Novembre 2014, organizzato da E-COM, 12 ecm
- / "La riabilitazione ortottica" Novembre 2014, presso la ASL di Siena, 12 ecm
- / "La dislessia: un percorso psicomotorio dal corpo all'oggetto alla parola" Dicembre 2014, organizzato da Ciserpp Verona, 3.5 ecm
- / "L' approccio al ritardo mentale" Dicembre 2014 presso il Globus di Roma, 24.4 ecm
- / "Gli interventi psicoeducativi nella gestione dei disturbi da comportamento dirompente" Giugno 2016 E-COM, 12 ecm

- / "Dal processo diagnostico al processo terapeutico disturbo spettro autistico" Dicembre 2016, organizzato E-COM, 10 ecm
- / "Autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo:dalla teoria alla pratica 2015/2016, organizzato da Iper testo, 26 ecm
- / "Crescere con l'autismo dalla valutazione all'intervento" Aprile 2017, organizzato da E-COM
- / "Comunicazioni e competenze trasversali in sanità" Ottobre 2017, organizzato da E-COM, 10.5 ecm
- / "Sviluppo, inclusione e partecipazione" Febbraio 2018, organizzato da Ass Trisomia 21 , 5 ecm
- 13 / "ADHD, disturbo valutazione diagnosi intervento" Marzo 2018, organizzato da Laboform, 13 ecm


H) Altro .....

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 21/8/2018

FIRMA

  
\_\_\_\_\_