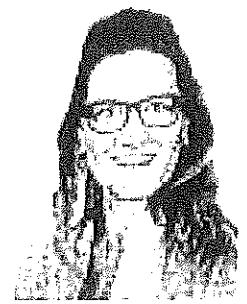


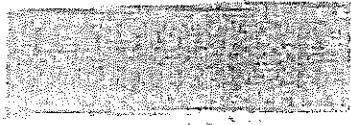
COGNOME SUCCIAPELLI  
 NOME BRUNO  
 DATA DI NASCITA 12-10-1984  
 SEX M  
 LUOGO DI NASCITA  
 CATEGORIA PROFESSIONISTA  
 INDIRIZZO  
 C.A.P. 01100  
 C.A. 158  
 C.A. CASTANA  
 C.A. 7800  
 C.A. 158



SUCCIAPELLI  
 BRUNO  
 12/10/1984  
 M  
 PROFESSIONISTA  
 01100  
 CASTANA  
 7800  
 158



AT 9677015



REPUBBLICA ITALIANA  
 COMUNE DI  
 CARTA D'IDENTITÀ  
 N° AT 9677015  
 DI

*Carlo SucciaPELLI*

FAC-SIMILE 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 BACCINELLI FRANCESCA,  
codice fiscale BCCNXX26E65A064J,  
nato a BAGNARA PISA il 26/05/1964, residente in  
TAVARNESE Via DOSSINI n° 46,  
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 DIRETTORE DI SCUOLA  
conseguita/o presso Scuola di ISTITUTO PACINOTTI FIRENZE  
voto 93/100 in data 2006

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

LAUREA TERAPIA NEUROFISIOLOGICA SA ESCLUSIVA  
conseguito presso UNIVERSITA' DI PISA  
voto 92/110 in data 11/11/2008

(H.B. Schema da riprodurre per ogni titolo di studio)

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)

OSPEDALE LE SCARSE SIENA

Tipologia rapporto di lavoro:

- Lavoro subordinato  
 Co.co.co.  
 Libera professione

(barrare la voce che interessa)

in qualità di: Profilo professionale e categoria TORRE

.....  
.....  
dal (gg/mm/aaaa) 1.2.17 ..... al (gg/mm/aaaa) 1.2.18 .....  
servizio prestato presso .....  
Tempo indeterminato / tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)  
Tempo pieno / tempo parziale: per n. 20 ..... ore settimanali / percentuale .....  
(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 .....  
Ente Organizzatore.....  
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. 1 corsi di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica etc.:

Denominazione del corso: CORSO ADCS - 2 .....  
Ente organizzatore e luogo svolgimento IRCCS S. MARIA MARI .....  
Data / date di svolgimento (1-2-9) APRILE 2016 ore complessive 16 .....  
Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame

finale; se con ECM e quanti) ..... 9 .....

G) Di aver partecipato ai seguenti n. 1 corsi di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica etc.:

Denominazione del corso: IL COLLOquio - AGGIORNAMENTO

Ente organizzatore e luogo svolgimento: ASO FIRENZE

Data / date di svolgimento: 27/11/2016 ore complessive: 16

Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame

finale; se con ECM e quanti) .....

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

Denominazione del corso: DIDATTICA DELLA VALUTAZIONE INTERNO

Ente organizzatore e luogo svolgimento: CISERP VERONA

Data / date di svolgimento: 15-20/11/2014 ore complessive: 16

Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame

finale; se con ECM e quanti) ..... 9 .....

G) Di aver partecipato ai seguenti n. 1 corsi di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica etc.:

Denominazione del corso: IL RIFORNIMENTO PSICOMOTORIO

Ente organizzatore e luogo svolgimento: CISERP VERONA

Data / date di svolgimento: 20-21-22/05/2014 ore complessive: 16

Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame

finale; se con ECM e quanti) ..... 9 .....

G) Di aver partecipato ai seguenti n. 1 corsi di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica etc.:

Denominazione del corso: VISSAGGIO IDENTIC

Ente organizzatore e luogo svolgimento: AIFI GENOVA

Data / date di svolgimento: 10-11-05-2012 ore complessive: 16

Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame

finale; se con ECM e quanti) .....

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: TAVARNE V.P.

25/08/20

FIRMA

Froeseu Belleri