

## ALLEGATO C

### MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA AI DIRIGENTI MEDICI E MEDICI CONVENZIONATI (MET) PER LE ATTIVITA' DI ELISOCCORSO TITOLO PROFESSIONALI – ESPERIENZA LAVORATIVA - FORMAZIONE

COMPILARE I DATI IN OGNI LORO CAMPO, PENA LA NULLITA' DEL DATO STESSO  
QUALORA LE RIGHE NON SIANO SUFFICIENTI INSERIRNE NUOVE SECONDO NECESSITA'

<b>SERVIZIO SVOLTO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO IL SERVIZIO DI EMERGENZA-URGENZA PRE-OSPEDALIERO 118</b>	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	

<b>SERVIZIO SVOLTO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO IL REPARTO DI PRONTO SOCCORSO</b>	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	

<b>SERVIZIO SVOLTO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO IL REPARTO DI MEDICINA D'URGENZA</b>	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	

<b>SERVIZIO SVOLTO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO IL REPARTO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE</b>	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	

<b>SERVIZIO SVOLTO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO IL REPARTO DI CARDIOANESTESIA</b>	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	
NOME AZIENDA	
GIORNO/MESE/ANNO DI INIZIO SERVIZIO	
GIORNO/MESE/ANNO DI FINE SERVIZIO	

<b>PERCORSO FORMATIVO POST-LAUREA</b>	
SPECIALIZZAZIONE	
GIORNO/MESE/ANNO CONSEGUIMENTO	
UNIVERSITA'	

<b>MASTER DI AREA CRITICA</b>	
TITOLO CONSEGUITO	
GIORNO/MESE/ANNO CONSEGUIMENTO	
UNIVERSITA'	

<b>CORSO HEMS</b>	
TITOLO CONSEGUITO	
GIORNO/MESE/ANNO CONSEGUIMENTO	
ORE TOTALI CORSO	
SEDE DEL CORSO	

<b>CORSI AVANZATI SUPERATI CON VALUTAZIONE POSITIVA</b>	
ALS o equivalente	DATA SVOLGIMENTO (GG/MM/AAAA):
PTC ADAVNCED o equivalente	DATA SVOLGIMENTO (GG/MM/AAAA):
EPALS o equivalente	DATA SVOLGIMENTO (GG/MM/AAAA):

<b>ALTRI CORSI AVANZATI – DI AREA CRITICA - SUPERATI CON VALUTAZIONE POSITIVA</b>	
TITOLO CORSO NON ABBREVIATO	DATA SVOLGIMENTO (GG/MM/AAAA)

<b>CORSI BASE SUPERATI CON VALUTAZIONE POSITIVA</b>	
BLSO o equivalente	DATA SVOLGIMENTO (GG/MM/AAAA):
PTC BASE o equivalente	DATA SVOLGIMENTO (GG/MM/AAAA):
PBSO o equivalente	DATA SVOLGIMENTO (GG/MM/AAAA):

LUOGO:

DATA:

FIRMA

---