**CURRICULUM VITAE PER PSICO-ONCOLOGO DI I LIVELLO**

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà**

(rilasciata ai sensi dell’art. 47 del d.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Nome e Cognome

Data e luogo di nascita

Indirizzo

Telefono

E-mail

Nazionalità

Codice fiscale

**TITOLI DI STUDIO**

* Laurea Magistrale in ………… conseguita il…………….. presso l’Università ………………
* Abilitazione alla professione di ……. con iscrizione all’albo ………il……..con n°………
* Diploma di specializzazione in……conseguito il……presso……..
* Abilitazione all’esercizio della Psicoterapia il………….
* Scuola biennale di Formazione in Clinica Psico-Oncologica di S.I.P.O. conseguita il….
* Master Universitario di II livello in………conseguito il …….presso l’Università…….
* Corso di formazione in psico-oncologia erogato da…………….(SIPO,Università, SSN, IRCCS) della durata……….

**TIROCINIO O ATTIVITÀ CLINICA PRATICA** **IN AMBITO PSICO-ONCOLOGICO**

* effettuato presso……….dal………al…………..
* effettuato presso……….dal………al…………..

**ECM IN PSICO-ONCOLOGIA**

* Titolo corso………….presso…………….data……………ecm conseguiti……………….
* Titolo corso………….presso…………….data……………ecm conseguiti……………….
* Titolo corso………….presso…………….data……………ecm conseguiti……………….
* Titolo corso………….presso…………….data……………ecm conseguiti……………….

**SUPERVISIONE CLINICA** **IN PSICO-ONCOLOGIA**

* Supervisione clinica ricevuta su n°……casi clinici, dal Dr /dalla Dr.ssa.…………presso……..in data…..
* Supervisione clinica ricevuta su n°……casi clinici, dal Dr /dalla Dr.ssa.…………presso……..in data…..

**Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell’art.76 DPR 28/12/2000 n.445, 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 dal D. lgs. 196/03.**

**Data firma**