



COMUNE DI LAGNASCO

PROVINCIA DI CUNEO

✉ Piazza Umberto I° 2 - C.A.P. 12030 - ☎ 0175.72101 FAX 0175.72630
E-MAIL segreteria@comune.lagnasco.cn.it

Dichiarazione concernente i dati relativi all'assunzione di altre cariche presso Enti Pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo percepiti.

Dichiarazione degli altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica, con indicazione dei compensi spettanti

(Articolo 14 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013)

Il sottoscritto DARDO WCA

nato a ALBA (CN) il 18/1/1962

nella sua qualità di (indicare la carica) CONSIGLIERE

presso il Comune di Lagnasco per il quinquennio 2009 – 2014

professione MEDICO - CHIRURGO

con la presente

DICHIARA

1) Di essere titolare delle seguenti altre cariche presso:

- Ente pubblico _____
e di percepire i sotto indicati compensi:

- Ente Privato _____
e di percepire i sotto indicati compensi:

OVVERO:

Di non essere titolare di alcuna altra carica presso Enti pubblici o privati

2) Di essere titolare dei seguenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica presso:

E di percepire i sotto indicati compensi:

OVVERO

di non essere titolare di alcun altro incarico con oneri a carico della finanza pubblica.

Lagnasco, li 21/10/2013

FIRMA



FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome [COGNOME, Nome, e, se pertinente, altri nomi]
Indirizzo [Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese]
Telefono DARIO LUCA
Via BAGNE 1/C 12037 - SALUZZO (CN)
Fax 348 348 7657528
E-mail dardoluca@libero.it
Nazionalità ITALIANA
Data di nascita [Giorno, mese, anno] 18-1-1962

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da - a) [Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
• Tipo di azienda o settore
• Tipo di impiego
• Principali mansioni e responsabilità
MEDICO CONVENZIONATO CON IL SSN

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da - a) [Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
• Qualifica conseguita
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)
CORSO DI FORMAZIONE PER LA MEDICINA GENERALE
CORSO DI FORMAZIONE PER L'EMERGENZA TERRITORIALE
(118)

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

PRIMA LINGUA

[Indicare la prima lingua] ITALIANO

ALTRE LINGUE

INGLESE (BUONO)

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

[Indicare la lingua]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]

ALLEGATI

[Se del caso, enumerare gli allegati al CV.]

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Data 16/1/2014

Firma 