

CURRICULUM PROFESSIONALE  
(EX ART. 8 D.P.R. N. 484/1997)

Il sottoscritto       BRIATA PAOLO

nato il                               a

residente a

*consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità*

DICHIARA

**di essere in possesso della Laurea** in  
MEDICINA E CHIRURGIA  
conseguita in data 29/06/1990  
Presso l'Università degli Studi di GENOVA  
Votazione 110/110 LODE

**di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici** della Provincia di ALESSANDRIA  
dal 08/01/1991 n° di iscrizione 3832

**di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:**

1) Disciplina: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
conseguito in data 29/06/1995  
presso l'Università degli Studi di GENOVA  
ai sensi del  
DLgs 257/1991   
durata anni 5  
Votazione 50/50 LODE

**di aver frequentato il seguente corso di formazione manageriale ai sensi art. 16  
quinquies comma 2 del D. Lgs. 30.12.1992 e ss.mm.ii. e Accordo Stato Regioni del  
10 luglio 2003:**

dal ..... al ..... durata ore

presso.....

contenuti del  
corso.....

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

### TITOLI DI CARRIERA

#### di prestare / avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni o in Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente Pubblico ASL22

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

sede NOVI LIGURE via E.RAGGIO n. 12

posizione funzionale DIRIGENTE MEDICO (EX I LIVELLO DIRIGENZIALE)

disciplina di inquadramento ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

dal 15/05/1997 al 31/07/1999 (indicare giorno/mese/anno)

dal 01/08/1999 al 31/01/2007 (indicare giorno/mese/anno)

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto  a tempo determinato .  a tempo indeterminato  
 a tempo pieno  con impegno ridotto, ore ..... settimanali

denominazione e tipologia Ente Pubblico ASL20

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

sede TORTONA piazza Cavallotti n. 7

posizione funzionale DIRIGENTE MEDICO

disciplina di inquadramento ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

dal 01/02/2007 al 31/12/2007 (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto  a tempo determinato .  a tempo indeterminato  
 a tempo pieno  con impegno ridotto, ore ..... settimanali

denominazione e tipologia Ente Pubblico ASLAL

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

sede TORTONA piazza Cavallotti n. 7

posizione funzionale DIRIGENTE MEDICO

disciplina di inquadramento ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

dal 01/01/2008 al tutt'oggi (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto  a tempo determinato .  a tempo indeterminato  
 a tempo pieno  con impegno ridotto, ore ..... settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

per motivi .....

.....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

per motivi .....

causa risoluzione rapporto

ricorrono

non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**che la tipologia delle istituzioni e delle prestazioni erogate nelle strutture in cui è stata svolta attività con rapporto di lavoro subordinato è la seguente:**

(indicare denominazione Ente/Azienda e sede, tipologia Ente/Azienda- Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, Presidio di ASL, IRCCS pubblico, IRCCS privato, altro)

Denominazione e tipologia: ASL AL - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI ALESSANDRIA -P.O. TORTONA

Tipologia S.C.: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura:

ATTIVITA' DI DEGENZA IN REGIME ORDINARIO DI N. 20 POSTI LETTO – ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO CON N. 18 POSTI LETTO - ATTIVITA' AMBULATORIALE – CONSULENZE INTERNE E PRONTO SOCCORSO - ATTIVITA' CHIRURGICA COME DA CASISTICA OPERATORIA

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi art 27 C.C.N.L. 8.06.2000:

**di essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali**

denominazione incarico: CHIRURGIA ENDOSCOPICA FASCIA C5

tipologia di incarico: art. 27 lettera ...c)

lett. **a)** incarico di direzione di struttura complessa (ricompresi incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero); lett. **b)** incarico di direzione di struttura semplice; lett. **c)** incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, lett. **d)** incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Dal 01/01/2010 al 31/10/2012

presso REPARTO ORTOPEDIA P.O. TORTONA – ASLAL

descrizione attività svolta

.....  
.....

*duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi art 27 C.C.N.L. 8.06.2000:

**di essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali**

denominazione incarico: CHIRURGIA ENDOSCOPICA MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO DI TRATTAMENTO DELLA CHIRURGIA PROTESICA - FASCIA C4

tipologia di incarico: art. 27 lettera ...c)

lett. **a)** incarico di direzione di struttura complessa (ricompresi incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero); lett. **b)** incarico di direzione di struttura semplice; lett. **c)** incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, lett. **d)** incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Dal 01/11/2012 al 31/10/2015 PROROGATO FINO ALLA RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE

presso REPARTO ORTOPEDIA P.O. TORTONA – ASLAL

descrizione attività svolta

.....  
.....  
.....

*duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

SPECIFICI AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE CON FUNZIONI DI DIREZIONE

**di aver svolto le seguenti attività con specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione**

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (indicare Ente/Azienda) .....

.....

tipologia attività (indicare solo attività attinenti) .....

.....

.....

....

.....

....

descrizione attività svolta

.....

.....

....

.....

....

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**ULTERIORI AMBITI DI AUTONOMIA/RESPONSABILITA'**

**di aver svolto le seguenti attività con ulteriori ambiti di autonomia/responsabilità**

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (indicare Ente/Azienda) .....

.....

tipologia attività (indicare solo attività attinenti) .....

.....

.....

....

.....

...

descrizione attività svolta

.....

.....

....

.....

....

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

ALTRI TITOLI DI CARRIERA

**di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:**

denominazione

Ente.....

di ..... via ..... n.  
.....

nella branca di

.....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale di ore .....

causa risoluzione rapporto

.....

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

ALTRE ATTIVITA' PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

(indicare solo attività attinenti)

**di avere svolto attività nel profilo professionale di ..**

.....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (denominazione e sede Ente) .....

....

a titolo di

co.co.co.  libero professionista  borsista  altro .....

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o causa di risoluzione

.....

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**di aver effettuato attività di frequenza volontaria:**

(indicare solo attività attinenti)

denominazione Ente.....

.....

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ..... via ..... n.

.....

posizione/mansione

.....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale di ore .....

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**di aver svolto i seguenti soggiorni di studio/addestramento:**

(indicare i soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, **di durata non inferiore a mesi tre**, *con esclusione dei tirocini obbligatori*)

denominazione

Ente.....

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ..... via ..... n.

.....

tipologia/contenuto dell'iniziativa

.....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**di aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione delle ore annue di insegnamento – **esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi**):

presso.....

.....

nell'ambito del Corso

di.....

insegnamento .....a.a.

.....

ore docenza ..... (specificare se complessive o settimanali)

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

n°	ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/a nno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
1	AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS	72 nd ANNUAL MEETING	23/27-02- 2005	28	WASHINGTON DC - USA	
2	DE PUY	COMPUTER ASSISTED SURGERY	8/10-06-2005		HAMBURG GERMANY	
3	SOCIETA' ITALIANA ARTROSCOPIA	CHIRURGIA ARTROSCOPICA D'ANCA	7/9-09-2006		BARCELONA SPAGNA	
4	ESSSE	20 <sup>th</sup> CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR SURGERY OF THE SHOULDER AND THE ELBOW	20/23-09- 2006		ATHENS GREECE	



5	PLUS ORTHOPEDICS	MINIMALLY INVASIVE APPLICATION HIP DEMONSTRATION OPERATION	10-5-2007		VIENNA AUSTRIA	
6	PLUS ORTHOPEDICS	MINIMALLY INVASIVE APPLICATION ANATOMICAL SURGICAL COURSE THR	11-5-2007		VIENNA AUSTRIA	
7	DE PUY	LA CHIRURGIA DELLA SPALLA IN DIRETTA	04/10/07		OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO	
8	BIOMET	82° CONGRESSO S.O.F.C.O.T.	3/6-11-2007		PARIGI FRANCIA	
9	SMITH&NEPHEW	CORSO TEORICO- PRATICO SU CADAVERE DI CHIRURGIA ARTROSCOPICA	5/6-09-2008		BARCELONA SPAGNA	
10	ISTITUTI ORTOPEDICI RIZZOLI	CORSO TEORICO- PRATICO SUL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA ARTROSICA DEL GINOCCHIO	6/7-11-2008		BOLOGNA	
11	ASL AL	CORSO DI FORMAZIONE DI BASE IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI NEI LUOGHI DI LAVORO	4-06-2009		NOVI LIGURE	5
12	DE PUY	CORSO AVANZATO CON LIVE SURGERY SULLA CHIRURGIA ORTOPEDICA DEL GINOCCHIO	25/27-02- 2010		ROMA	
13	INTERNATIONAL BOARD OF SHOULDER & ELBOW SURGERY	11 <sup>th</sup> INTERNATIONAL CONGRESS	5/8-09-2010		EDINBURGH SCOTLAND	
14	ASL AL	CORSO DI RADIOPROTEZIONE	29-09-2010	8	ALESSANDRIA	6
15	ASL AL	CORSO BLSO TIPO B	19-10-2010	8	TORTONA	9
16	ASL AL	CHECK LIST	16-03-2011	6	TORTONA	4
17	ASL AL	GESTIONE INFORMATIZZATA E PERSONALIZZATA DEL FARMACO	22-02-2012	9	TORTONA	10

18	SIA	ARTHROMEETING LE ROTTURE MASSIVE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	18/19-05- 2012		FORTE DEI MARMÌ	
19	ALPS SURGERY INSTITUTE	VISITATION CENTER	28/30-01- 2013		ANNECY FRANCE	
20	AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS	2013 ANNUAL MEETING	19/23-03- 2013		CHICAGO USA	
21	ARTHROCARE	ARTHROCARE TERAPEUTIC SHOULDER ARTHROSCOPY PROGRAMME	20/21-06- 2013		PARIS FRANCE	
22	OCM COMUNICAZIONI	NUOVI APPROCCI AL DOLORE	26-10-2013		NAPOLI	
23	I.R.C.C.S. IST.ORTOPEDICO GALEAZZI	INSTABILITA' E DIFETTI OSSEI	15-11-13		MILANO	
24	SIGASCOTT	CHIRURGIA SPALLA MILANO 2014	10/12-02- 2014		MILANO	
25	EFORT	15 <sup>th</sup> EFORT CONGRESS	4/6-06-2014		LONDON UK	
26	EFFETTI SRL	QUESTION TIME OSTEOPOROSI	7/9-11-2014		FIRENZE	
27	EFORT	16 <sup>th</sup> EFORT CONGRESS	27/29-05- 2015		PRAGUE REP.CECA	
28	BIOMET	INTERNATIONAL STATE OF THE ART MEETING ON MOBILE BEARING PRINCIPLES	8/9-05-2015		ISTANBUL TURCHIA	
29	AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS	2015 ANNUAL MEETING	24/28-03- 2015		LAS VEGAS USA	
30	FOR.MED. SRL	CAMPUS DI ECOGRAFIA MUSCOLO SCHELETRICA 2015 ANCA BACINO	12/13-11- 2015		CAMOGLI GE	17,5
31	AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS	2016 ANNUAL MEETING	1/5-03-2016		ORLANDO FL-USA	
32	ORTHOPAIN	ORTHOPAIN	6/7-05-2016		CAMOGLI GE	13,5
33	AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS	2017 ANNUAL MEETING	14/18-03- 2017		S.DIEGO CA-USA	

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi:

n°	ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

*(duplicare le righe se insufficienti)*

di essere in possesso della idoneità nazionale a primario ospedaliero nella disciplina di ..... conseguita in data .....

**di possedere i seguenti ULTERIORI TITOLI** (es. ulteriori lauree ed ulteriori specializzazioni ad esclusione di quelli già segnalati nella domanda quali requisiti di ammissione, master Universitari, dottorati di ricerca, ecc...)

Tipologia Titolo .....  
 .....  
 conseguito in data ..... presso .....  
 .....  
 durata .....  
 .....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

1\_.....  
 .....  
 .....

2\_.....  
 .....  
 .....

3\_.....  
.....  
.....

4\_.....  
.....  
.....

5\_.....  
.....  
.....

6\_.....  
.....  
.....

7\_.....  
.....  
.....

8\_.....  
.....  
.....

9\_.....  
.....  
.....

10\_.....  
.....  
.....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**di aver collaborato alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

- 1\_ La scintigrafia con globuli bianchi indio 111-oxina nella diagnostica delle sepsi in artroprotesi d'anca.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1992 – Vol. 43
  
- 2\_ Frattura isolata di entrambe le scapole.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1993 – Vol. 44
  
- 3\_ Considerazioni sulle lacerazioni sottocutanee del tendine quadricipite.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1994 – Vol. 45
  
- 4\_ Osteosintesi con placca nelle fratture diafisarie di avambraccio.

MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1994 - Vol. 45

5\_ Il trattamento delle fratture diafisarie comminute del femore con fissatore esterno assiale.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1994 - Vol. 45

6\_ La cuffia dei rotatori: rivalutazione dell'artro-TC.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1994 - Vol. 45

7\_ Considerazioni su di un caso di sinovite villonodulare pigmentosa.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1994 - Vol. 45

8\_ Importanza della correzione assiale nella osteotomia di valgizzazione nel ginocchio varo artrosico.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1994 - Vol. 45

9\_ La TAC 3D nella programmazione chirurgica delle fratture.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1994 - Vol. 45

10\_ Ganglia Cysts of the Cruciate Ligaments of the Knee: evaluation with T.R.M.  
THE MEDITERRANEAN JOURNAL OF SURGERY AND MEDICINE  
1994- Vol. 2

11\_ Instabilita' post-traumatiche croniche del rachide cervicale.  
AULO GAGGI EDITORE  
1994 - Vol. G.I.S. n. 17

12\_ L'osteosintesi delle fratture laterali del collo del femore con vite placca a compressione.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1996 - Vol. 47

13\_ La pseudoartrosi post-traumatica di clavicola.  
MINERVA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA  
1996 - Vol. 47

14\_ La ricostruzione artroscopica del L.C.A. con tendine rotuleo libero.  
THE MEDITERRANEAN JOURNAL OF SURGERY AND MEDICINE  
1996- Atti del 4° Meeting Regionale A.L.A.

15\_ La patologia osteocondrale della caviglia: trattamento artroscopico.  
THE MEDITERRANEAN JOURNAL OF SURGERY AND MEDICINE  
1996- Atti del 4° Meeting Regionale A.L.A.

*(duplicare le righe se insufficienti)*

## VOLUME ATTIVITA' SVOLTA

**di avere svolto specifica attività professionale nella disciplina stessa** e di possedere la seguente casistica riferita al decennio precedente alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico:

(ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. a) del DPR 484/1997 per le discipline ricomprese nell'area chirurgica e delle specialità chirurgiche, è richiesta una casistica chirurgica e delle procedure chirurgiche invasive; ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. b) del DPR 484/1997 per le altre discipline, è richiesta una casistica di specifiche esperienze e attività professionali)

PERIODO: SETTEMBRE 2007 – AGOSTO 2017

INTERVENTI TOTALI: n. 1922

PROTESI TOTALI ANCA E GINOCCHIO: n. 395

PROTESI TOTALI ANCA E GINOCCHIO COME PRIMO OPERATORE: n. 313 di cui n. 27 REVISIONI PROTESICHE

ARTROSCOPIA SPALLA E GINOCCHIO COME PRIMO OPERATORE: n. 457

**N.B. la presente dichiarazione NON SOSTITUISCE la certificazione dell'Ente o Azienda ai sensi dell'art. 6 comma 2 e dell'art. 8 comma 3 lett. c) (tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato) del DPR 484/1997**

*(duplicare le righe se insufficienti)*

## PROFILO PROFESSIONALE SPECIFICO

Viste le caratteristiche di contesto organizzativo in cui si inserisce la Struttura Complessa e il profilo professionale specifico del candidato delineati nell'avviso per il conferimento dell'incarico, si evidenzia come segue il possesso delle caratteristiche richieste:

- IL CANDIDATO PRESENTA COMPETENZA ED ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE ORTOPEDICHE E TRAUMATOLOGICHE, DIMOSTRATA DA AMPIA CASISTICA OPERATORIA, SOPRATTUTTO NELLA CHIRURGIA PROTESICA DI PRIMO IMPIANTO E DI REVISIONE.

NEGLI ULTIMI ANNI IL CANDIDATO SI È DEDICATO ALLA CHIRURGIA PROTESICA DELL'ANCA CON TECNICHE MINI INVASIVE.


INOLTRE PER QUANTO RIGUARDA LA CHIRURGIA ARTROSCOPICA SI E' DEDICATO PRINCIPALMENTE ALLA RICOSTRUZIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI DELLA SPALLA ED A QUELLA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE DEL GINOCCHIO.

- NEL CORSO DELL'ULTIMO DECENNIO SI E' DEDICATO ANCHE AL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA DEL PIEDE.

-IL CANDIDATO ATTUALMENTE PARTECIPA ALL'INTEGRAZIONE TRA I P.O. DI NOVI LIGURE E DI TORTONA SIA PER LA GESTIONE DELLE URGENZE CHE PRATICANDO SEDUTE DI CHIRURGIA PROTESICA PRESSO IL P.O. DI NOVI LIGURE.

*(duplicare le righe se insufficienti)*

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196. In particolare dichiara di essere a conoscenza che, prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale.

  
Il/La dichiarante, li 10/10/12

