

1

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

La sottoscritta DI SANTO STEFANIA

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 10/11/1982  
presso l'Università degli Studi di GENOVA

**di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici** della Provincia di **ALESSANDRIA**  
dal 25/10/1994 n° di iscrizione 4128

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

1) Disciplina: **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA**  
conseguito in data 19/06/1987 presso l'Università di GENOVA  
ai sensi del  
DLgs 257/1991  DLgs 368/1999  altro  
durata anni CINQUE

**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 OSPEDALE S. MARTINO DI GENOVA (ente pubblico)

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

sede GENOVA Largo Rosanna Benzi n. 10

posizione funzionale ASSISTENTE MEDICO

disciplina di inquadramento CHIRURGIA GENERALE

dal 05/10/1987 al 30/12/1987 (indicare giorno/mese/anno)

dal ..... al ..... (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

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 SCADENZA INTERINATO

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 Ente OSPEDALE REGIONALE S. MARTINO GE

Tipologia S.C. CHIRURGIA GENERALE

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....

(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 U.S.S.L.n.75  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

sede ACQUI TERME

posizione funzionale ASSISTENTE MEDICO SUPPLENTE  
disciplina di inquadramento CHIRURGIA GENERALE

dal 05/02/1990 a 08/08/1990 ( indicare giorno/mese/anno)

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

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

con rapporto  a tempo determinato .  a tempo indeterminato  
 Xa 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  X 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)

Empty rectangular box

**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 Ente ... U.S.S.L.n. 75 .....

Tipologia S.C. .... CHIRURGIA GENERALE .....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Empty rectangular box

### 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 U.S.S.L. n. 75

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

sede ACQUI TERME

posizione funzionale ASSISTENTE MEDICO DI RUOLO

disciplina di inquadramento CHIRURGIA GENERALE

dal 09/08/1990 al 27/06/1993 ( indicare giorno/mese/anno)

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

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

con rapporto

a tempo determinato .

a tempo indeterminato

X 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 Ente .....

Tipologia S.C.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....

(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 U.S.S.L. n. 75

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

sede ACQUI TERME

posizione funzionale AIUTO CORRESPONSABILE OSPEDALIERO

disciplina di inquadramento CHIRURGIA GENERALE

dal 28/06/1993 al 31/12/1994 ( indicare giorno/mese/anno)

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

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

con rapporto

a tempo determinato .

a tempo indeterminato

X 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 Ente .....

Tipologia S.C.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....

(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 A.S.L. 22 (Acqui Terme -Novi Ligure-Ovada)

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

sede NOVI LIGURE

posizione funzionale MEDICO DIRIGENTE 1°LIVELLO fascia "A"

disciplina di inquadramento CHIRURGIA GENERALE

dal 01/01/1995 al 05/12/1996 ( indicare giorno/mese/anno)

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

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

con rapporto  a tempo determinato .  a tempo indeterminato  
 X 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 Ente .....

Tipologia S.C.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....

(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 A.S.L. 22 (Acqui Terme -Novi Ligure-Ovada)

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

sede NOVI LIGURE

posizione funzionale MEDICO DIRIGENTE 1°LIVELLO

disciplina di inquadramento CHIRURGIA GENERALE

dal 06/12/1996 al 31/07/1999 ( indicare giorno/mese/anno)

dal ..... al ..... (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

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 Ente .....

Tipologia S.C.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....

(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 A.S.L. 22 (Acqui Terme -Novi Ligure-Ovada)

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

sede NOVI LIGURE

posizione funzionale DIRIGENTE MEDICO A TEMPO INDETERMINATO A RAPPORTO ESCLUSIVO

disciplina di inquadramento CHIRURGIA GENERALE

dal 01/08/1999 al 31/12/2007 ( indicare giorno/mese/anno)

dal ..... al ..... (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

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 Ente .....

Tipologia S.C.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....

(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 A.S.L.-AL

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

sede ALESSANDRIA VIA VENEZIA 6

posizione funzionale DIRIGENTE MEDICO A TEMPO INDETERMINATO A RAPPORTO ESCLUSIVO  
disciplina di inquadramento CHIRURGIA GENERALE

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

dal ..... al ..... (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

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 Ente .....

Tipologia S.C.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....

(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 Ambulatoriale

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 01/01/1998 al 26/07/2002 (indicare giorno/mese/anno)

presso CHIRURGIA GENERALE P.O. Acqui Terme

descrizione attività svolta : interventi chirurgici ambulatoriali in anestesia locale ovvero asportazioni di neoformazioni cutanee , cisti ,lipomi, unghie incarnite, corpi estranei ritenuti, drenaggio ascessi cute e sottocute.

denominazione incarico : "Terapia Subintensiva"

tipologia di incarico :art.27 lettera C

dal 26/07/2002 al 31/12/2009

presso CHIRURGIA GENERALE P.O. Acqui Terme sino a Maggio 2005

Presso Chirurgia Generale P.O. Ovada da Maggio 2005 a Febbraio 2006

Gestione e trattamento del paziente sottoposto ad interventi chirurgici anche di alta specializzazione, nell'immediato postoperatorio

NOTA: la sottoscritta , a partire dal 16/02/2006 è stata assegnata transitoriamente al DEA/PS P.O. Acqui Terme, con affidamento prioritario, di assistere e gestire i pazienti in astanteria e provvedere alla organizzazione di ambulatorio chirurgico annesso al DEA (v. Prot. 0006136 del10/02/2006)

A partire dal 01/01/2012 ,l'assegnazione al DEA/PS, diventava definitiva con proroga di relativo incarico dirigenziale tuttora in vigore

denominazione incarico : " Emergenza Intraospedaliera"

tipologia di incarico :art. 27 lettera C

Organizzazione e gestione di criticità intraospedaliera

dal 01/01/2010 a tutt'oggi

Presso DEA/PS P.O. Acqui Terme

**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/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
1	ASL22	PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT	16/10/2007		NOVI LIGURE	8
2	SICURE	SICUREZZA DEI PAZIENTI E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	2008		FAD	20
3	ASLAL	LA VENTILAZIONE NON INVASIVA	25/03/2009	6	ACQUI TERME	6
4	ASLAL	CORSO BLSD TIPO B	16/03/2010	8	ACQUI TERME	9
5	SIMEU	IL DOLORE TORACICO IN PRONTO SOCCORSO	22/04/2010-23/04/2010		CASALE MONFERRATO	13
6	AZIENDA SANITARIA "CITTA' DI TORINO" EX ASL TO 2	TRIAGE INTRAOSPEDALIERO DALL'ACCOGLIENZA ALLA VALUTAZIONE .DECISION MAKING IN TRIAGE	12/05/2010-14/05/2010	23	ALESSANDRIA	23
7	ASLAL	CORSO DI ECOGRAFIA DI BASE IN URGENZA	08/11/2012-09/11/2012	13:45	NOVI LIGURE	14
8	ASLAL	BLS PEDIATRICO CON DEFIBRILLATORE	11/12/2012	8	ACQUI TERME	8
9	SIMEU	CONGRESSO SIMEU-PIEMONTE-VALLE D'AOSTA 2012	16/03/2012		VERCELLI	5.3
10	SIMEU	TEMI DI PRONTO SOCCORSO: FIBRILLAZIONE ATRIALE SCOAGULAZINE E DISPNEA	05/12/2012		ASTI	4
11	MERIDIANA EVENTS& EDUCATION SRL	IL MEDICO D'URGENZA NELLA GESTIONE DELLA SINDROME CORONARICA	20/04/2013		TORINO	8
12	SCIENTIFIC PRESS	ECG NELLO STEMI: DALLA DIAGNOSI AL DECISION MAKING-CORSO BASE	2013		FAD	9
13	SCIENTIFIC PRESS	ECG NELLO STEMI: DALLA DIAGNOSI AL DECISION MAKING-CORSO AVANZATO	2013		FAD	7.5

14	ASLAL	LA DISTRIBUZIONE DIRETTA E IL FILE F COME STRUMENTI DI FARMACOECONOMIA E DI CONTINUITA' H-T	04/03/2014	06.30	CASALE MONFERRATO	6
15	ASLAL	PRELIEVO DI CORNEE E PROTOCOLLO OPERATIVO	21/10/2014-22/10/2014	6	ACQUI TERME	5
16	ASLAL	CODICE ROSSO:ASPETTI ORGANIZZATIVE GESTIONALI IN EMERGENZA	17/11/2014-02/12/2014	12:30	CASALE MONFERRATO	13
17	METIS	IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E L'ALLARME EBOLA: CLINICA E MANAGEMENTDELLE EPIDEMIE DEL TERZO MILLENNIO NEL SETTINGDELLA MEDICINA GENERALE	16/12/2014-16/12/2015	29.25	FAD	25
18	SUMEET	GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA: FATTORI DI RISCHIO E PREDITTIVI	21/02/2015	8	ACQUI TERME	7.1
19	ASLAL	RICONOSCIMENTO E TRATTAMENTODELLE ARITMIE IN PS-DEA REVISIONE CASI CLINICI	24/03/2015-30/03/2015	6	ACQUI TERME	8
20	ASLAL	CORSO MET AL PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE	27/04/2015	8	NOVI LIGURE	11
21	ASLAL	FOCUS SU RESPONSABILITA' MEDICA	13/06/2015	4.15	ACQUI TERME	5
22	ASLAL	PREVENZIONE IN ANDROLOGIA PER IL BENESSERE DELL'INDIVIDUO E DELLA COPPIA	06/11/2015-11/11/2015	8.15	NOVI LIGURE	10
23	CONTATT O&ARCHI MEDICA AGENAS	L'ESIGENZA DI UN CAMBIAMENTO LEGISLAZIONE CRIPTICA-MEDICINA DIFENSIVA ALTO COSTO SSN-PEGGIORE SERVIZIO AL PAZIENTE	09/11/2015	25	RES	20

24	SIMEU PIEMONTE E	CONGRESSO SIMEU- PIEMONTE-VALLE D'AOSTA 2016 CRISIS&CRISIS:ERRORE E ORGANIZZAZIONE	04/03/2016	8	CASALE MONFERRATO	3
25	ASLAL	TRATTAMENTO DEL DOLORE IN PS/DEA PROPOSTA IN UN PERCORSO SUL SUO TRATTAMENTO A PARTIRE DAL TRIAGE	12/05/2016	6	ALESSANDRIA	8
26	AZ. OSP. SS ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	CASI CLINICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA MEDICO/ INFERMIERISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA: GESTIONE DEL TRAUMA TORACICO	31/05/2016	4	ALESSANDRIA	5
27	AZ.OSP. SS ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIG O	CASI CLINICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA MEDICO/ INFERMIERISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA: MODULO 7 RADIOLOGIA INTERVENTISTICA D'URGENZA	13/10/2016	4	ALESSANDRIA	5
28	ASLAL	CORSO PER IL PERSONALEDELL'URP,DEA E DSM SUI RISCHI: VIOLENZA E AGGRESSIONE	26/10/2016	9	CASALE MONFERRATO	13
29	AZ.OSP. SS ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIG O	CASI CLINICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA MEDICO/ INFERMIERISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA: MODULO 8 NUOVO DOCUMENTO REGIONALE SUL TSO	15/11/2016	4	ALESSANDRIA	5
30	ASLAL	LA FORMAZIONE AZIENDALE: CONDIVIDERE I PERCORSI PER RAGGIUNGERE OBIETTIVI COMUNI	15/11/2016- 31/12/2016	6	FAD	6

31	AZ. OSP. SS ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	CASI CLINICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA MEDICO/ INFERMIERISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA: MODULO 9 PRIMARY CARE IN SINONASAL DISTRICT	06/12/2016	4	ALESSANDRIA	4
32	METIS S.R.L.	CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA SINTOMATICA: IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	01/03/2017- 09/04/2017	20.10	FAD	18
33	ASLAL	ANTIBIOTICO-RESISTENZA: UN'EMERGENZASANITARIA. ESPERIENZE A CONFRONTO	08/03/2017	6.30	ALESSANDRIA	7
34	ASLAL	GESTIONE CODICI ROSSI IN AREA CRITICA NEI REPARTI DI DEGENZA E NEI TRASPORTI	11/05/2017	7	ALESSANDRIA	9
35	AZ. OSP. SS ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	CASI CLINICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA MEDICO/ INFERMIERISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA: MODULO 2 CASISTICA SCA IN TERAPIA SEMINTENSIVA	02/03/2017	4	ALESSANDRIA	5
36	AZ. OSP. SS ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	CASI CLINICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA MEDICO/ INFERMIERISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA: MODULO3 INFEZIONE CUTE E TESSUTI MOLLI: PRESENTAZIONE REGISTRO NAZIONALE SIMIT	14/03/2017	4	ALESSANDRIA	5
37	CAV CNIT	BTOX CORSO BASE DI TOSSICOLOGIA CLINICA:LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE INTOSSICATO	21/04/2017	09.15	ALESSANDRIA	9.2
38	ASLAL	GESTIONE DEL MALATO CARDIOLOGICO IN OSPEDALE SENZA CARDIOLOGIA (COD.26935 EDIZIONE 1)	27/04/2017- 28/04/2017	8	TORTONA	11

(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\_.....  
 .....

2\_.....  
 .....  
 3\_.....  
 .....  
 4\_.....  
 .....  
 5\_.....  
 .....  
 6\_.....  
 .....  
 7\_.....  
 .....  
 8\_.....  
 .....

(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\_ LE EMULSIONI LIPIDICHE IN TPN QUALE FONTE CALORICA AL50%  
 CONVEGNO DI REGGIO CALABRIA 30/04/1983

2\_ ROTTURA DI UN ANEURISMA DELLA CAROTIDE ESTERNA SECONDARIA A PUNTURA  
 ESPLORATIVA RIPETUTA DI UNA LINFOADENOPATIA LATERO-CERVICALE  
 EDIZIONI LUIGI POZZI S.R.L. VOL 93 N°2 MARZO-APRILE 1986

3\_ TRAUMA CHIUSO DELL'ADDOME:LACERAZIONE DELL'ARTERIA MESENTERICA SUPERIORE E  
 SUCCESSIVA ROTTURA DI PSEUDOANEURISMA DELL'AORTA PARARENALE  
 EDIZIONI LUIGI POZZI S.R.L.VOL 93-N°2 MARZO -APRILE 1986

4\_ LA SOMATOSTATINA NEL TRATTAMENTO DELLE VARICI ESOFAGEE SANGUINANTI  
 EDIZIONI MINERVA CHIRURGICA VOL 48 N°8 30/04/1987

5\_ ADENOCARCINOMA DELL'APPENDICE VERMIFORME ILEOCECALE:CONSIDERAZIONI SU UN  
 CASO CLINICO  
 RIVISTA GENERALE ITALIANA DI CHIRURGIA VOL XXXIX-N 4 LUGLIO-AGOSTO 1988

6\_ I CARCINOMI SINCRONI DEL COLON  
 EUR LA MEDICINA CONTEMPORANE VOL 7 -N2 1990

7\_ NOSTRA ESPERIENZA SUI TUMORI PRIMITIVI DELL'INTESTINO TENUE  
 EUR L'UOMO E LA MEDICINA VOL 6-N 2 1990

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)

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

**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:

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

(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.

Stefano Di Loro, il 5/7/2017  
Il/La dichiarante

Stefano Di Loro  
firma in originale

La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a  
sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010

