

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

Il sottoscritto Podestà dr Alberto

Nato il

residente

*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 01 Aprile 1996  
presso l'Università degli Studi di GENOVA

**di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici** della Provincia di SAVONA  
dal GIUGNO 1996 n° di iscrizione 2581

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

1) Disciplina: Cardiochirurgia.  
conseguito in data Ottobre 2001 presso l'Università degli Studi di Genova  
ai sensi del  
DLgs 257/1991                      DLgs 368/1999                      altro .....  
durata anni 5 (cinque)

**di aver frequentato il seguente corso di formazione manageriale ai sensi art. 16  
quinqüies 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 ASL n1 IMPERIESE

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

sede Bussana di SAN REMO via Aurelia di ponente n. 97

posizione funzionale dirigente medico ex I livello

disciplina di inquadramento Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'urgenza

dal 30/12/ 2002 al 30/04/ 2005

trasferimento ad ASL AL dal 01 Maggio 2005

con rapporto

a tempo indeterminato

### **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 Azienda Ospedaliera

Tipologia S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura DEA

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

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

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

denominazione incarico: .....

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

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

presso .....

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 ASL n°6 Ciriè (TO) di Ciriè via Mazzini n. 13

nella branca di cardiologia  
mesi di Luglio e Agosto 2002  
con impegno settimanale di ore 20  
causa risoluzione rapporto fine contratto

*(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 ASL n°2 Savonese

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

Di Savona via Manzoni n. 14

posizione/mansione medico volontario

dal Giugno 1996 al Dicembre 1996

c/o Medicina e chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

*(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 Università Cattolica del Sacro Cuore sede di Moncrivello (VC)  
nell'ambito del Corso di Terapia Occupazionale  
insegnamento ai corsi di

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1) Anatomia e altri organi e apparati         | totale ore insegnamento <b>60</b> |
| 2) Malattie dell'apparato cardiovascolare     | totale ore insegnamento <b>48</b> |
| 3) Malattie dell'apparato cardio-respiratorio | totale ore insegnamento <b>48</b> |

a.a. 2006/2007, a.a. 2007/2008 e a.a. 2008/2009

**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 università degli studi di Genova  
nell'ambito del Corso per Vigilatrici d'infanzia  
insegnamento ai corsi di

- |                   |                                   |
|-------------------|-----------------------------------|
| 1) cardiocirurgia | totale ore insegnamento <b>40</b> |
|-------------------|-----------------------------------|

a.a. 1996/1997 e a.a. 1997/1998

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						
2						
3						
4						
5						
6						

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	Università Cattolica del Sacro Cuore- Moncrivello (VC)	Trauma cranico	Aprile 2006	2	Moncrivello (VC)	
2	Università Cattolica del Sacro Cuore- Moncrivello (VC)	Corso per addetti al primo soccorso ecm	Giugno 2007	16	Moncrivello (VC)	
3	Ircs Salvatore. Maugeri Pavia	BLS-D n° 21 corsi	Anni 2005-2007;2009-2010-2011-2012-2013	168	PAVIA	
4	Regione Piemonte piattaforma ecm	BLS-D n° 8 corsi	Anni 2015-2016	32	n°4 prov. VC; n°3 prov. AT; n°1 prov AL	
5	Centro di formazione IRC BLSD Vercelli I	BLS-D n° 54 corsi	Anni 2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016	300	Provincia di Vercelli	
6						

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: Istruttore e Direttore di Corso BLS-D**

conseguito in data marzo 2000 Italian Resuscitation Council Bologna

**Tipologia Titolo: Istruttore e Direttore di Corso BLS-D piattaforma regionale Piemonte ecm**

**-Tipologia Titolo: Istruttore ALS**

Conseguito in data maggio 2001 ERC-IRC (ERC: European Resuscitation Council; IRC: Italian Resuscitation Council) Ospedale "Le Molinette" Torino

**-Tipologia Titolo: Istruttore ILS**

conseguito in data 08/04/2014 Italian Resuscitation Council (IRC) - USL n°3 Genovese

**-Tipologia Titolo:**

**Diploma rilasciato al corso di formazione ai sensi dell'articolo 66 del D.P.R. 484 del 22 Luglio 1996 per l'integrazione nei servizi di emergenza sanitaria**

**Medico di emergenza territoriale Set 118**

**Conseguito in data: aprile 2000**

**-Tipologia Titolo: Corso Elisoccorso HEMS-HSR per il personale sanitario organizzato dall'ASL 2 Savonese in collaborazione con il nucleo periferico di formazione A.A.R.O.I. ( C. d. F. A.A.R.O.I. Savonese dott. G. Ratto, C. d. F. A.A.R.O.I. Cuneo Dott. Danilo Bono, Coordinatore del Corso Direttore DEA Dott. M. Vecchietti).**

Conseguito in data: giugno 2003

**-Tipologia e Titolo: Ecografia clinica in emergenza urgenza**

Conseguito: ottobre 2008 SIMEU

**-Tipologia e titolo: Ecografia in emergenza nell'arresto e nel peri-arresto ( Emergency Ultrasound in ALS/ATLS).**

Conseguito in data: febbraio 2009.

**-Tipologia e titolo: Eco-color-doppler vascolare**

Conseguito in data: novembre 2009 ASL Bologna.

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:

Consolidata e comprovata esperienza nell'area dell'emergenza urgenza e accettazione

*(duplicare le righe se insufficienti)*

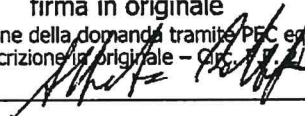
Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196. In particolare 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.

Alessandria, li 08 giugno 2017

Il/La dichiarante

firma in originale

La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale - Cir. 7/2010



Allega alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato il 1 \_\_\_\_\_