

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA  
"UOC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO MILANO OVEST".**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

Il sottoscritto Stefano Donelli

Nato a Reggio nell'Emilia il 25/05/1955

presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione al concorso.

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

- di essere consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dagli articoli **46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000** e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di essere a conoscenza **dell'art. 75 del DPR 445/2000**, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ATS Città Metropolitana Milano, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

**TITOLI DI STUDIO**

**(laurea/specializzazione/master universitari (I e II livello) / dottorato di ricerca/Corsi Perfezionamento Universitari)**

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso Università
Specializzazione in medicina del lavoro	/13/03/1990/ Durata 4 anni	Università degli Studi di Milano
Laurea in Medicina e Chirurgia	/18/10/1985/ Durata 6 anni	Università degli Studi di Milano

## PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

### Seguire attentamente le istruzioni:

Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice. Nelle copie delle pubblicazioni allegare dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo. Indicare solo le pubblicazioni degli ultimi dieci anni e affinenti all'incarico per cui si concorre.

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegare, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1	<i>Commissione medica ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente. L'esperienza dell'ATS della Città Metropolitana di Milano</i> F. Borello, V. Cassinelli, G.C. Cattaneo, F. Audisio, S. Donelli, M. Della Foglia, S. Fontani, B. Magna, C. Mendicino, V. Stori Dossier Ambiente e Lavoro n. 120 – ISSN 1825-5396 IV Trimestre 2017, anno XXX - pp. 71-89	IV Trimestre 2017

**Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)  
presso STRUTTURE PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
ATS della Città Metropolitana di Milano	01/01/2016	A tutt'oggi 15/04/2021	Dirigente Medico Disciplina Medicina del Lavoro	Tempo pieno, tempo indeterminato, rapporto esclusivo
ASL della Provincia di Milano 1	01/12/2010	31/12/2015	Dirigente Medico, Disciplina Medicina del Lavoro	Tempo pieno, tempo indeterminato, rapporto esclusivo
	01/01/1998	30/11/2010	Dirigente Medico Disciplina Medicina del Lavoro	Tempo pieno, tempo indeterminato, rapporto esclusivo

Azienda USSL 34 Legnano	06/12/1996	31/12/1997	Dirigente Medico I livello Disciplina Medicina del Lavoro	Tempo pieno, tempo indeterminato
	01/01/1995	05/12/1996	Dirigente Medico I livello fascia A), Disciplina Medicina del Lavoro	Tempo pieno, tempo indeterminato
USSL 71 Castano Primo	01/07/1989	31/12/1994	Coadiutore Sanitario (10° livello), Disciplina Medicina del Lavoro	Tempo pieno, tempo indeterminato
	01/06/1989	30/06/1993	Assistente Medico Disciplina Medicina del Lavoro	Tempo pieno, tempo indeterminato
	12/10/1988	21/05/1989	Assistente Medico Disciplina Medicina del Lavoro	Tempo definito (65%), tempo determinato (supplente)

Interruzione dal servizio: dal /22/05/1989/ al/31/05/1989/ Motivo: termine supplenza

**Incarichi di Responsabilità (ex art 18 e 27 CCNL 08.06.2000)  
presso STRUTTURE PUBBLICHE**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

<i>ENTE Denominazione</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Tipologia (Direttore Dipartimento, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)</i>	<i>Denominazione Incarico (fare breve descrizione)</i>
ATS della Città Metropolitana di Milano	15/10/2018	a tutt'oggi 15/04/2021	Direttore vicario di Struttura Complessa ai sensi dell'articolo 18 del CCNL 8/6/2000 e smi	Direttore vicario UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Milano Ovest del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria - sede di lavoro Parabiago. (programmazione e coordinamento delle attività di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro per il livello e i processi di competenza)

ATS della Città Metropolitana di Milano	01/11/2017	a tutt'oggi 15/04/2021	Responsabile di Struttura Semplice	Dirigente Responsabile della UOS PSAL Ovest Milanese nell'ambito della UOC PSAL Milano Ovest del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria – sede di lavoro Parabiago (responsabilità delle attività istituzionali PSAL riguardanti il territorio e gli ambiti di competenza)
ATS della Città Metropolitana di Milano	01/01/2016	31/10/2017	Responsabile di Struttura Semplice	Dirigente Responsabile della UOS PSAL Controlli a rilevanza aziendale e progetti speciali nell'ambito della UOC PSAL Milano Ovest del Dipartimento di Prevenzione – sede di lavoro Parabiago. (programmazione e gestione di interventi con coordinamento a livello sovra zonale e di progetti)
ASL della Provincia di Milano 1	01/12/2013	31/12/2015	Responsabile di Struttura Semplice	Dirigente Responsabile della UOS PSAL Controlli a rilevanza aziendale e progetti speciali nell'ambito della UOC PSAL del Dipartimento di Prevenzione Medica – sede di lavoro Parabiago. (programmazione e gestione di interventi con coordinamento a livello sovra zonale e di progetti)
ASL della Provincia di Milano 1	01/12/2010	30/11/2013	Responsabile di Struttura Semplice	Dirigente Responsabile della UOS PSAL Area Territoriale Magenta – Abbiategrasso nell'ambito della UOC PSAL del Dipartimento di Prevenzione Medica – sede di lavoro Magenta. (responsabilità delle attività istituzionali PSAL riguardanti il territorio e gli ambiti di competenza)

### ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

**l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato. Indicare solo i corsi aggiornamento degli ultimi dieci anni e che siano attinenti all'incarico per cui si concorre. Se il candidato allega anche la copia degli attestati, dovrà numerare progressivamente le copie degli attestati riportando la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione.**

**Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:**

**N.1:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Le sostanze chimiche e la legislazione europea: il Regolamento (CE) 1907/2006 REACH e il Regolamento (CE) 1272/2008 CLP. Novità introdotte dai regolamenti, attuale stato di applicazione e sviluppi futuri"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	16.06.2011
Durata	Giorni _____ ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.2:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Il mesotelioma maligno in Lombardia"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Fondazione Policlinico IRCCS Milano
Data	12.04.2012
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.3:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Valutare il rischio stress lavoro correlato"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	20.04.2012
Durata	Giorni _____ ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.4:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Seconda Conferenza Governativa sull'amianto e le patologie correlate: stato dell'arte e prospettive"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ministero della Salute
Data	Dal 22.11.2012 al 24.11.2012
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>18</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.5:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Sistema Person@: convegno di presentazione"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia
Data	13.12.2012
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.6:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"L'amministrazione digitale applicata all'azienda sanitaria"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	3 e 4.10.2013
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.7:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FSC</u>
Titolo dell'evento	"Malattie professionali: sviluppo di competenze per la revisione di specifiche procedure"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	Dal 14.06.2013 al 15.11.2013
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.8:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Organizzazione e modalità d'intervento della guardia igienistica in regime di pronta disponibilità"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	22.11.2013
Durata	Giorni _____ ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.9:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Il rischio da agenti cancerogeni negli ambienti di lavoro"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia
Data	03.12.2013
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.10:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FAD</u>
Titolo dell'evento	"Percorso di aggiornamento in medicina del lavoro"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Zadig Srl
Data	04.06.2014
Durata	Giorni _____ ore <u>18</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.11:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FSC</u>
Titolo dell'evento	"Accertamenti in tema di idoneità lavorativa: sviluppo di competenze per l'elaborazione di una specifica procedura"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	Dal 12.06.2014 al 13.11.2014
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.12:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> __FSC__
Titolo dell'evento	"Normativa in tema di salute e sicurezza sul lavoro a sei anni dall'entrata in vigore del d.lgs. 81/2008"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	Dal 14.05.2014 al 18.11.2014
Durata	Giorni__5__ ore__15__
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	Si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.13:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Sistemi di gestione della sicurezza e articolo 30 d.lgs. 81/2008. Modelli di organizzazione e di gestione aziendale e applicazione del d.lgs. 231 del 2001"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	Dal 4 all' 11.06.2015
Durata	Giorni__2__ ore__11__
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.14:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> __FAD__
Titolo dell'evento	"Il d.lgs. 81/08 – formazione dei preposti sulla sicurezza dei lavoratori"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	Da 01.01.2015 al 30.06.2015
Durata	Giorni__2__ ore__8__
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.15:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> __SEMINARIO__
Titolo dell'evento	"Un Progetto per la sicurezza del lavoro nel settore socio sanitario"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	INAIL - UNEBA - ATS Città Metropolitana di Milano
Data	24.02.2016
Durata	Giorni_____ ore__4__
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>



**N.16:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FAD</u>
Titolo dell'evento	"L'attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione della ASL Milano 1"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	18.03.2016
Durata	Giorni _____ ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.17:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Legge 107/2015 buona scuola. Obblighi di sicurezza per gli studenti che svolgono i percorsi formativi scuola/lavoro all'interno delle aziende"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	29.06.2016
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.18:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FAD</u>
Titolo dell'evento	"Elementi di medicina del lavoro nella gestione dell'attività professionale del medico"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	30.08.2016
Durata	Giorni _____ ore <u>10</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.19:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FAD</u>
Titolo dell'evento	"I possibili danni all'udito: il medico competente al lavoro"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	30.08.2016
Durata	Giorni _____ ore <u>5</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.20:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"Il dolore: riconoscimento, valutazione e gestione"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	31.08.2016
Durata	Giorni_____ ore 20_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.21:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. La comunicazione medico paziente e tra operatori sanitari"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	05.09.2016
Durata	Giorni_____ ore 12_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.22:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"La lettura critica dell'articolo medico-scientifico"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	09.12.2016
Durata	Giorni_____ ore 5_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.23:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"La trasparenza e l'anticorruzione all'interno dell'ATS della Città Metropolitana di Milano"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	Dal 27.03.2017 al 31.07.2017
Durata	Giorni_____ ore 1,5_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.24:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FORUM</u>
Titolo dell'evento	"SELF-PORTRAIT del Gruppo Tecnico Interregionale per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia – Gruppo Tecnico Interregionale SSSL
Data	21.06.2017
Durata	Giorni _____ ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.25:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FAD</u>
Titolo dell'evento	"Lavoro d'ufficio: manteniamoci in forma"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	Dal 18.09.2017 al 30.11.2017
Durata	Giorni _____ ore <u>5</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.26:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Il giudizio di idoneità negli ambienti di lavoro"
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	27.10.2017
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.27:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FAD</u>
Titolo dell'evento	"Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	29.10.2017
Durata	Giorni _____ ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.28:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD
Titolo dell'evento	"Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	29.10.2017
Durata	Giorni _____ ore 12
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.29:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD
Titolo dell'evento	"Il Programma Nazionale Esiti: come interpretare e usare i dati"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	19.11.2017
Durata	Giorni _____ ore 12
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.30:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD
Titolo dell'evento	"Lo strumento EBSCO: un sistema di supporto EBM nella pratica clinica quotidiana"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	19.11.2017
Durata	Giorni _____ ore 2
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.31:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> WORKSHOP
Titolo dell'evento	"Malattie professionali: gli strumenti di ricerca attiva"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Polis Lombardia
Data	01.12.2017
Durata	Giorni _____ ore 7
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.32:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"La sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Zadig Srl
Data	14.01.2018
Durata	Giorni _____ ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.33:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Il preposto nel sistema di prevenzione e protezione aziendali: poteri, doveri, responsabilità consapevolezza del ruolo e comunicazione"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	28.5.2018
Durata	Giorni _____ ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.34:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Project Management – Approccio organizzativo e metodologico nella gestione dei progetti nel servizio PSAL dell'ATS Città Metropolitana di Milano"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	Dal 18.5.2018 al 08.06.2018
Durata	Giorni _____ ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.35:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"L'esposizione a radiazioni ultraviolette sul luogo di lavoro"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Zadig Srl
Data	08.07.2018
Durata	Giorni _____ ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.36:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Controllo del rischio da esposizione a cancerogeni e mutageni in ambito lavorativo"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Zadig Srl
Data	08.07.2018
Durata	Giorni _____ ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.37:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Alcool e lavoro: rischi e possibili interventi sullo stile di vita"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Zadig Srl
Data	08.07.2018
Durata	Giorni _____ ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.38:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Corso di formazione gli agenti chimici pericolosi: la comunicazione del pericolo lungo la catena di approvvigionamento. Classificazione, etichettatura ed imballaggio, scheda dati sicurezza di sostanze e miscele" - I edizione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	07.11.2018
Durata	Giorni _____ ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.39:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Corso di formazione gli agenti chimici pericolosi: la comunicazione del pericolo lungo la catena di approvvigionamento. Classificazione, etichettatura ed imballaggio, scheda dati sicurezza di sostanze e miscele" - II edizione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	08.11.2018

Durata	Giorni _____ ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.40:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Attività di Polizia Giudiziaria degli operatori del DIPS" - I edizione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	Dal 13.05.2019 al 30.05.2019
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.41:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Attività di Polizia Giudiziaria degli operatori del DIPS" - II edizione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	Dal 16.05.2019 al 30.05.2019
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.42:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> WORKSHOP
Titolo dell'evento	"Piani Mirati di Prevenzione in materia di Salute e Sicurezza Luoghi di Lavoro"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Polis Lombardia
Data	26 e 27.06.2019
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>13</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.43:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> WORKSHOP
Titolo dell'evento	"SesTanti – Sessioni Tematiche di Anticipazione delle attività di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali - 2019"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia – Gruppo Tecnico Interregionale SSSL
Data	16.07.2019

Durata	Giorni _____ ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.44:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <u>FAD</u>
Titolo dell'evento	"Rischio stress lavoro-correlato e metodologia di valutazione"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	04.01.2019
Durata	Giorni _____ ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.45:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Rischio chimico: acquisizione di competenze per la realizzazione dei piani mirati di prevenzione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nel triennio 2018-2020" - I edizione
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> DOCENTE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	19.11.2019
Durata	Giorni _____ ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.46:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Rischio chimico: acquisizione di competenze per la realizzazione dei piani mirati di prevenzione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nel triennio 2018-2020" - II edizione
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> DOCENTE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	21.11.2019
Durata	Giorni _____ ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>



**N.47:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"Comunicare in modo persuasivo ed efficace"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	Da 01.01.2020 a 31.12.2020
Durata	Giorni_____ ore__1_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.48:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"Nuovo coronavirus: tutte le informazioni indispensabili."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	12.05.2020
Durata	Giorni_____ ore__6_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.49:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"Covid-19: guida pratica per operatori sanitari."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	12.05.2020
Durata	Giorni_____ ore__8_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.50:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"La certificazione medica: istruzioni per l'uso."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	13.05.2020
Durata	Giorni_____ ore__8_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.51:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"L'uso dei farmaci nella COVID-19."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	13.05.2020
Durata	Giorni_____ ore 8_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.52:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"La violenza sugli operatori sanitari."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	14.05.2020
Durata	Giorni_____ ore 8_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.53:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD_____
Titolo dell'evento	"Vaccinazioni 2020: efficacia, sicurezza e comunicazione."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	16.05.2020
Durata	Giorni_____ ore 12_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.54:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle attività degli allestimenti fieristici"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILI SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	10.12.2020
Durata	Giorni_____ ore 4_____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.55:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD
Titolo dell'evento	"La sicurezza e la salute dei lavoratori nei siti di stoccaggio e negli impianti di trattamento e recupero dei rifiuti"
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> DOCENTE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILI SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	Da 01.12.2020 a 31.12.2020
Durata	Giorni _____ ore 3
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.56:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD
Titolo dell'evento	"Corso REACH – CLP per la Pubblica Amministrazione."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ministero della Salute, Dir. Gen. Prevenzione Sanitaria – TRIO WLG Regione Toscana
Data	06.01.2021
Durata	Giorni _____ ore 13
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**ATTIVITÀ DIDATTICA (materie attinenti alla posizione da conferire)**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie:

A.A. ovvero ore <b>complessive</b> insegnamento	Università	Materia	In qualità di Docente o Tutor

2) Istituti pubblici e/o scuole professionali del SSN:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente o Tutor
AA 2001/2002 Da Ottobre 2001 a Giugno 2002 42 ore di docenza e 10 ore valutazioni finali	ESAE - Università degli Studi di Milano Corso di laurea di Educatore Professionale	Igiene generale e applicata	docente

3) Corsi di formazione privati:

Ente / Istituto	Corso di Studi	Materia	n. ore complessive insegnamento
ESAE – Scuola Regionale per Operatori Sociali	Educatore Professionale	Medicina sociale	da Maggio 1998 a Giugno 2001 270 ore di docenza e 50 ore valutazioni finali

**Ulteriori attività**

**DESCRIZIONE**

da 01/07/1988 a 30/04/1989, per 8 mesi, ho svolto in qualità di sostituto l'attività di medico di medicina generale convenzionata ai sensi dell'articolo 48 della legge 833/1978 presso USSL 58 di Melzo

**Ulteriori dichiarazioni**

**DESCRIZIONE**

Dal 1995 al 2016 partecipazione alle commissioni mediche per l'accertamento dell'idoneità al lavoro e la dispensa dal servizio; dei requisiti per l'applicazione della legge 68/1999; alla commissione medica per gli accertamenti richiesti dai lavoratori disabili o dai datori di lavoro ai sensi dell'articolo 10 della legge 68/1999 ivi comprese le verifiche degli ambienti di lavoro in alcune specifiche circostanze

Dal 2002 Referente, per la ASL di appartenenza, del Registro Mesoteliomi Lombardia, Centro operativo regionale (COR) del Registro nazionale dei casi di mesotelioma (ReNaM) e dal 2008 Referente del Registro dei Tumori Nasali e Paranasali Lombardia, COR del Registro nazionale dei casi di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali (ReNaTuNS). Registri istituiti ai sensi dell'articolo 244, comma 3 del d.lgs. 81/2008


Dal 2009 referente per la ASL di appartenenza del registro degli esposti ed ex esposti all'amianto previsto dalla delibera della giunta regionale della Regione Lombardia n. 8/1526 del 22.12.2005 e dal decreto della direzione generale sanità n. 4972 del 16.5.2007

Dal 2017 partecipazione quale componente al gruppo tematico "Cancerogeni occupazionali e tumori professionali" del Gruppo Tecnico Interregionale per la salute e la sicurezza sul lavoro istituito nell'ambito della Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

Dal 2018 Partecipazione al comitato tecnico provinciale ex articolo 7 del d.lgs. 81/2008 per la programmazione coordinata e l'uniformità degli interventi e delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Al comitato partecipano Ispettorato del Lavoro, Vigili del Fuoco, INAIL, INPS ed è esteso ai rappresentanti delle forze sociali

Partecipazione al tavolo tecnico operativo presso la Prefettura di Milano, sottogruppo allestimenti grandi fiere, che ha portato alla sottoscrizione di documento tecnico denominato "Organizzazione della sicurezza del lavoro nelle manifestazioni fieristiche all'interno dei quartieri fieristici di Fiera Milano Spa"

**Data 15 Aprile 2021**

Firma 

**Stefano Donelli**

**Si allega fotocopia di valido documento di identità.**

Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.