

ALLEGATO 2

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/la sottoscritto/a **DAVIDE SULLI**

nato/a a **GORGONZOLA (MI)** il 05/16/1975

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
LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA	27/03/2001 Durata 6 ANNI	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA DEL LAVORO	15/12/2005 Durata 4 anni	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

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 allegate 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 attinenti 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		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

Seguire attentamente le istruzioni:

**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)
ASS 1 TRIESTINA	03/09/2007	31/12/2008	DIRIGENTE MEDICO 1 LIVELLO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	38 H INDETERMINATO
ASS5 BASSA FRIULANA	01/01/2009	30/12/2009	DIRIGENTE MEDICO 1 LIVELLO	

			PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	38 H INDETERMINATO
ASUFC (GIA' ASS 4 M4DIO FRIULI)	31/12/2009	TUTTORA	DIRIGENTE MEDICO 1 LIVELLO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	38 H INDETERMINATO

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.

Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**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

ENTE Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, 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.)	Denominazione Incarico (fare breve descrizione)

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.

Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

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

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

DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione Sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale Indicare il C.C.N.L. di riferimento	Indicare la mansione svolta	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)

--	--	--	--	--	--

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.

Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA
/ COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso STRUTTURE PUBBLICHE

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

ENTE Denominazione sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
ASS2 ISONTINA	16/07/2004	31/05/2006	INCARICO DI SOSTITUTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	20H

Tipologia contratto:

Libero Professionale

.Co.Co.co

Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.

Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA

COLLABORAZIONE OCCASIONALE

presso **STRUTTURE PRIVATE**

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

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
Tipologia contratto:				
<input type="checkbox"/> <i>Libero Professionale</i> <input type="checkbox"/> .Co.Co.co				
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza/ Collaborazione Occasionale</i>				

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.
 Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**BORSA DI STUDIO
 CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA**

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

Tipologia	Ente erogatore	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine gg/mm/aa
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____

			DA _____ A _____
			DA _____ A _____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

eguire attentamente le istruzioni:

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)	X CONVEGNO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento: L'ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA NEI LAVORATORI ESPOSTI AL FATTORE DI RISCHIO "SOVRACCARICO BIOMECCANICO" ASPETTI NORMATIVI ED APPLICAZIONI CLINICHE	
In qualità di	X RELATORE responsabile scientifico
Ente organizzatore	Ordine dei medici Udine
Data	24/11/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>

N.2:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	x CONVEGNO _____
--	----------------------------

Titolo dell'evento SALUTE NEL LAVORO IN FORESTA E NELLA MANUTENZIONE DEL VERDE	
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	ASUFC
Data 21/05/2014	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no
Specificare se con test o esame finale	XSI

N.3:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento VERSO UN ACCREDITAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASUFC
Data	05/04/2019
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	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 CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento BLS D PER SANITARI SECONDO LE LINEE GUIDA IRC	
In qualità di	RELATORE <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	03/07/2009
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no
Specificare se con test o esame finale	X si no <input type="checkbox"/>

N 5

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento FITOFARMACI STOCCAGGIO , MANIPOLAZIONE UTILIZZO E DPI	
In qualità di	RELATORE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no
Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>

N 6

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI IL METODO OCRA	
In qualità di	RELATORE PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA ASSISTENZA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE	
Data	17/18-10-2019
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	- no
Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>

N 7

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento LE MALATTIE PROFESSIONALI: CORRETTE PROCEDURE DI SEGNALAZIONE PER UNA EFFICACE COLLABORAZIONE TRA SERVIZI PSAL MEDICI LEGALI MEDICI COMPOETENTI E MMG	
In qualità di	RELATORE RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore:	ORDINE DEI MEDICI UDINE
Data	21/10/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no
Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>

N 8

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI: APPROCCIO SEMOPLIFICATO ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E INDICAZIONI SUL REINSERIMENTO DEL LAVORATORE CON PATOLOGIA	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE	
Data	16/11/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N 9

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento ELEMENTI DI MEDICINA NECROSCOPICA PERV IL MEDICO NECRISCOPO TERRITORIALE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	28/09/2018
Durata	Giorni _____ ore 4.30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	Si

N 10

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento MALATTIE PROFESSIONALI: CONFRONTO TRA LA MAGISTRATURA E LE AZIENDE SANITARIE	
In qualità di	DOCENTE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA TRIESTE	
Data	07/07/2016
Durata	Giorni 1 ore 1
Specificare se l'attività formativa è ECM	no
Specificare se con test o esame finale	si

N11

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento LE MALATTIE PROFESSIONALI CORRELATE AL RISCHIO ERGONOMICO: ASPETTI NORMATIVI E CLINICI	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA N2 BASSA FRIULANA ISONTINA	
Data	03/12/ 2016
Durata	Giorni _____ ore 1.15
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N12

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento LA PROMOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA	

In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	29/11/2016
Durata	Giorni _____ ore 1
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N13

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento LA FORMAZIONE SPECIFICA PER I LAVORATORI DELLE AZIENDE ADS ALTO RISCHIO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	07/11/2017
Durata	Giorni _____ ore 7,30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N14

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento PROMOZIONE DEL BENESSERE LAVORATIVO, PREVENZIONE E GESTIONE DI FATTORI ANSIOGENI NELL'AMBITO PROFESSIONALE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	21/02/2018
Durata	Giorni _____ ore 7.30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N15

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	FORMAZIONE SUL CAMPO
Titolo dell'evento STANDARDIZZAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE NELLE ATTIVITA ' DI PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE	
Data	01/10 / 2018
Durata	Giorni _____ ore 2.5
Specificare se l'attività formativa è ECM	no

Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------

N 16

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento LE MALATTIE PROFESSIONALI CORRELATE AL RISCHIO ERGONOMICO: ASPETTI NORMATIVI E CLINICI	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA 5 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	27/10/2016
Durata	Giorni _____ ore 1.30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 17

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento PREVENZIONE DEI PROBLEMI DI SICUREZZA SUL LAVORO LEGATI ALL'ASSUNZIONE DI ALCOOL E SOSTANZE STUPEFACENTI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	31/05/2017
Durata	Giorni _____ ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N18

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	CONGRESSO
Titolo dell'evento 80 CONGRESSO NAZIONALE SIMLII LAL MEDICINA DEL LAVORO DALLA RICERCA ALLA PROFESSIONE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: SIMLII	
Data	20-21-22 SETTEMBRE 2017
Durata	Giorni 3 ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N19

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO
Titolo dell'evento PRODUTTIVITA' ED ERGONOMIA :	

UN BINOMIO POSSIBILE ?	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA 5 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	17/10/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	no
Specificare se con test o esame finale	no <input type="checkbox"/>

N 20

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO
Titolo dell'evento LE MALATTIE PROFESSIONALI CORRELATE AL RISCHIO MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI: ASPETTI NORMATIVI, CLINICI E RISVOLTI PREVENTIVI	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: ORDINE MEDICI UDINE	
Data	02/12/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N21

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento ERGONOMIA DEL POSTO DI LAVORO, RISCHIO DA VIDEOTERMINALE E RISCHI ELETTRICO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	14/09/2017
Durata	Giorni <u> </u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	no
Specificare se con test o esame finale	si

N 22

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO
Titolo dell'evento SPIROMETRIA AVANZATA	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: SIMLII	
Data	20/09/2017
Durata	Giorni <u> </u> ore <u>3</u>
Specificare se l'attività formativa è	si

ECM	
Specificare se con test o esame finale	si

--	--

N 23

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI: IL METODO OCRA	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AS FRIULI OCCIDENTALE	
Data	17-18/10 /2019
Durata	Giorni _____ ore 15.30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 24

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento AGENTI FISICI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO: CEM , ROA	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	18/03/2014
Durata	Giorni _____ ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 25

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento FORMAZIONE FORMATORI. ELEMENTI DI DIDATTICA PER LA QUALIFICAZIONE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	26/03/2014
Durata	Giorni 3 ore 21
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N26

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
--	---

Titolo dell'evento L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DEI LINGUAGGI: SUPERARE BARRIERE , APRIRE CONFINI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASS 4 MEDIO FRIULI ASUFC	
Data	11/04/2014
Durata	Giorni _____ ore_7_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no
Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>

N 27

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	FORMAZIONE SUL CAMPO
Titolo dell'evento CONOSCENZA DELLE SPECIFICITA' TERRITORIALI SU CUI IMPOSTARE PROGETTI PREVENTIVI MIRATI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 5 BASSA FRIULANA	
Data	DAL 01-04-2014 AL 31-12-2014
Durata	Giorni _____ 5_ ore_7_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 28

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento VALUTARE IL RISCHIO ERGONOMICO NEL LAVORO MANUALE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 5 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	12-10-2015
Durata	Giorni _____ 1_____ ore_7_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 29

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	CONGRESSO
Titolo dell'evento 78 ESIMO CONGRESSO SIMLII LAVORO AMBIENTE SALUTE DI NUOVO AL CENTRO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: SIMLII	
Data	DAL 25 AL 27 NOVEMBRE 2015
Durata	Giorni _____ 3_____ ore_20_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si

Specificare se con test o esame finale	si
--	----

N 30

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento GESTIONE DELLE PATOLOGIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO LAVORATIVO	
In qualità di	DOCENTE
Ente organizzatore: AZIENDA 5 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	13-10-2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 31

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento AGENTI FISICI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO : RUMORE E VIBRAZIONI: NOVITA' LEGISLATIVE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	13-05-2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 32

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento PROBLEMATICHE E SOLUZIONI APPLICATIVE NELLO STUDIO DEL SOVRACCARICO BIOMECCANICO IN SETTORI SPECIALI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: FONDAZIONE OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICP MILANO	
Data	13/06/2008
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7.15</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 33

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
--	--

Titolo dell'evento PREVENIRE LE PATOLOGIE DEGLI ARTI SUPERIORI APPLICANDO L'ERGONOMIA	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 6 MEDIO FRIULI OCCIDENTALE	
Data	10/11/2014
Durata	Giorni _____ ore_7_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 34

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento ERGONOMIA OCCUPAZIONALE: DALL'ANALISI DEL RISCHIO ALLE MISURE DI MIGLIORAMENTO PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 6 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	09/10/2014
Durata	Giorni _____ ore_7_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

N 35

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento INTERVENTI E PROGETTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE: DALL'EPIDEMIOLOGIA ALLA PROGETTAZIONE ALL'AZIONE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	23/10/2014
Durata	Giorni _____ ore_7_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

ATTIVITÀ DIDATTICA (materie affinenti la 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 complessive insegnamento	Università	Materia	In qualità di Docente o Tutor
2017/2018 15 ORE	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE	MED/44 TIROCINIO DI MEDICINA DEL LAVORO CORSO DI LAURA IN MEDICINA E CHIRURGIA 759	DOCENTE
2018/2019 15 ORE	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE	MED/44 TIROCINIO DI MEDICINA DEL LAVORO CORSO DI LAURA IN MEDICINA E CHIRURGIA 759	DOCENTE

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

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente o Tutor

3) Corsi di formazione privati:

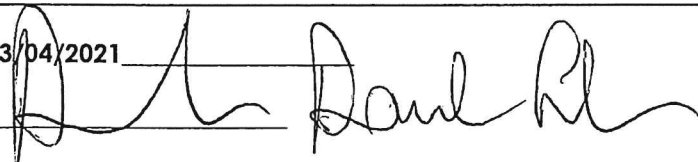
Ente / Istituto	Corso di Studi	Materia	n. ore complessive insegnamento
TERZIARIA CAT UDINE	CORSI "IL PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA"	PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA EX DM 3/03	CIRCA 36 H ANNO DAL 2013 A TUTT'ORA

Ulteriori attività

DESCRIZIONE
MEMBRO DELLA SOTTOCOMMISSIONE REGIONALE LAVORO FRIULI VENEZIA GIULIA DENOMINATA "Commissione regionale per il lavoro integrata in materia di molestie morali e psico-fisiche" dal 2008 al 2016
Membro del comitato scientifico ECM provider dell'Ordine dei medici di Udine dal 2021

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE
CO -AUTORE DEL DOCUMENTO "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018: linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico" (reperibile on line) come referente regionale del Friuli Venezia Giulia per il Gruppo di Lavoro Ergonomia non mi risulta essere stato pubblicato su rivista scientifica per questo non l'ho incluso nella lista delle pubblicazioni

Data 13/04/2021
 Firma 

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.

