

ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA
COMPLESSA UOC PROMOZIONE DELLA SALUTE

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

la sottoscritta **ANNA MASINI**

nata **ALESSANDRIA** l' **8 ottobre 1959**

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 di Milano, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

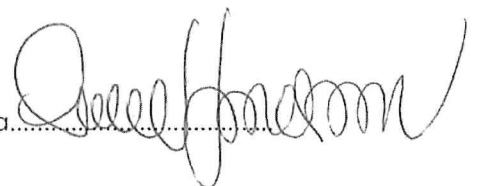
TITOLI DI STUDIO

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso
Diploma di istruzione secondaria superiore ad indirizzo scientifico	29/07/1978 Durata 5 anni	Istituto Don Agostino Roscell di Piazza Paolo da Novi 11 16129 Genova
Laurea in Medicina e Chirurgia	11/10/1990 Durata 6 anni	l'Università degli Studi di Genova
Diploma di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva	30/10/1997 Durata 4 anni	Scuola di Specializzazione dell'Università di Genova

Data

9/05/2021

Firma



Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.
Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella presente domanda di ammissione della quale la copia del documento d'identità costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

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

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1	Bonanni P, Rebora M, Rafia AM, Masini A , Akhavan Sadeghi N, Crovari P. Epidemiology of hepatitis C virus infeclio in Italy , Journal of Preventive Medicine and Hygiene 1994; Vol.35 - No. 1/2:41 – 44	1994
2	Icardi GC, Orione L, Penano D, Ferrari Bravo. M, Giacardi A, Masini A , Bruzzone BM. Vaccinazione simultanea contro le epatiti virali A e B. 36° Congresso Nazionale della Società Italiano di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti): "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità" ; Sassari-Alghero. 28 settembre – 1 ottobre 1994: Atti 1° Vol. C08.	28 settembre – 1 ottobre 1994
3	Poli A, Icardi GC, Masini A , Rossi MA, Fontana L. Jornees internationales Mediterraneennes De Medicine Du Trovai'. "Efficacite a long terme de la vaccination contre l' hepatitis dans un groupe de personnel hospitalier" : Hammamet, 26-29 Aprile 1995.	26-29 Aprile 1995
4	Icardi GC, Wicks R, Faraldi L. Giacardi A, lai P, Masini A , Roccatagliata A. Characterization of hepatitis C virus genotypes in nailon population atv different risk of infection . Atti IX Triennial International Symposium on Virai Hepatitis and Liver Disease Rome. Italy. Aprii 21-25 1996: Abstract book B 207.	21-25 Aprile 1996
5	Ratto AM, Masini A , Orione L, Lai PL, Roccatagliata A, Icardi GC. Impiego di un sistema automatico per l'analisi con RIBA HCV di campioni reattivi allo screening . Atti XXXII Convegno Nazionale di Studi di Medicina Trasfusionale. Taormina, Maggio 25-29, 1996: Abstract book P 200	25-29 Maggio 1996
6	Icardi GC, Forateli L, Roccatogliata A, Ferrari Bravo M, Masini A , Ansaldo F. Hepatitis B vaccination coverage and epidemblogy of HBV related disease in Liguria. Italy . Atti 7th International Congress for Infectious Disease. Hong Kong, China, June 10-13, 1996. Abstract book No 99034.	10-13 Giugno 1996
7	Bonanni P, Masini A , Orione L, De Martini MT. Epidemiologia e prevenzione delle Epatiti a trasmissione oro fecale . Atti Congresso "Le epatiti virali croniche. Nuovi orizzonti". A cura di E. Mignani, S.Arlioli. Ierici (La Spezia), 25 Maggio 1996: 71-72.	25 Maggio 1996

8	Icardi GC, Bruzzone BM, Masini A , Orione L, Ferrari Bravo M, De Mattini M and Giacordi A. Decline in anti HCV prevalence and trend of HCV subtypes in the Genoa area (Italy) between 1977 and 1996 . International Conference on Infectious Diseases and Public Health. A research and Clinica' Update Alexandria, Egypt. October 17-20, 1997: Abstract book (poster) No 36.	17-20 Ottobre 1997
9	Icardi GC, Bonanni P, Raffo AM, Masini A , Orione L, De Martini M and Crovari P. Evaluation Performance of the RIBA Processor System for Automated Analysis of the strip Immunoblot Assay for detection of antibodies to hepatitis C Virus . Journal of Clinica' Microbiology, vol 35, No 9, September 1997, p 2331- 2336.	9 Settembre 1997
10	Balestra G, Masini A , Ferrari Bravo M, De Martini M, Giacardi A, Crovari P. Valutazione della copertura vaccinale e possibili effetti di rilevanza epidemiologica della vaccinazione anti- epatite B in Liguria 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000 " . Napoli 25-28 Settembre 1996.	25-28 Settembre 1996
11	Icardi GC, Raffo AM, Orione L, Masini A , Lai PL, Faraldi L, Santo M, Crovari P. Valutazione del sistema automatico HCV RIBA Processor per la diagnosi sierologica dell'infezione da virus dell'epatite C . La trasfusione del sangue, Vol 42, No 4 Luglio/Agosto 1997, p 195-202.	4 Luglio/Agosto 1997

Data 21/05/2021


Firma 

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.
 Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella presente domanda di ammissione della quale la copia del documento d'identità costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA presso STRUTTURE PUBBLICHE

ENTE Denominazione sede	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)
USL di Rho	07/04/1998	28/08/1998	Dirigente medico 1° livello a tempo determinato Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica	Contrattuale (full time)
ASL di Milano SS Unità Operativa Territoriale Distretto 2 della SC Igiene e Sanità Pubblica nella sede di Via Cherasco, 7	01/10/1998	31/01/2003	Dirigente medico di 1° livello Igiene e Sanità Pubblica	Contrattuale (full time)
ASL di Milano SS Unità Operativa territoriale Distretto 4 della SC Igiene e Sanità Pubblica nella sede di Via Oglio, 18	01/02/2003	25/04/2009	Dirigente medico 1° livello Igiene e Sanità Pubblica	Contrattuale (full time)
ASL di Milano SS Unità Operativa territoriale 3 della SC Igiene e Sanità Pubblica nella sede di Via Gola, 22	25/04/2009	30/06/2010	Dirigente medico 1° livello Igiene e Sanità Pubblica	Contrattuale (full time)

Data 21/05/2021

Firma 

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.
Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella presente domanda di ammissione della quale la copia del documento d'identità costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

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

<i>ENTE Denominazione sede</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Tipologia</i>	<i>Denominazione Incarico</i>
ASL Milano	01/07/2010	31/10/2017	Responsabile UOS territoriale	Responsabile UOS territoriale Igiene e Sanità Pubblica 3
ATS Milano Città Metropolitana	01/11/2017	Ad oggi	Responsabile UOS Territoriale	Responsabile UOS Igiene e Sanità Pubblica Milano Sud

Interruzione dal servizio: dal 09/09/2016 al 21/10/2016

Motivo: Congedo parentale retribuito per assistenza genitore disabile

Data

Firma.....

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella presente domanda di ammissione della quale la copia del documento d'identità costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

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

N.1:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La sicurezza negli impianti domestici alimentati a gas
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	05/10/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	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.2:

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	Lavorare in qualità nel Dipartimento di Prevenzione Medica-SSC
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	16/06/2010
Durata	Giorni 3 ore 15
Specificare se l'attività formativa è ECM	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"/>

N3:

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	Il sistema informativo sanità territoriale. Sistema di gestione delle attività e registrazione informatizzata delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	16/11/2010
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	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.4:

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 attività di Vigilanza: ruoli e Responsabilità

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	26/02/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
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.5:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Prevenzione della legionellosi: l'Italia incontra gli USA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera S. Gerardo
Data	22/06/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
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.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	Procedure / Istruzioni Operative del Servizio di Igiene Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	05/02/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
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.7:

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	Impianti di trattamento dell'aria e di ventilazione: rischi per la salute dovuti ad una non corretta manutenzione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	06/05/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
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.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	la comunicazione nella strategia di intervento dei servizi al cittadino – prima parte
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	26/02/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
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.9:

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	la comunicazione nella strategia di intervento dei servizi al cittadino – seconda parte
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	27/01/2011
Durata	Giorni 6 ore 48
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.10:

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	revisione delle procedure ed istruzioni operative del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	10/02/2011
Durata	Giorni 6 ore 36
Specificare se l'attività formativa è ECM	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"/>

N.11:

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	la comunicazione nella strategia di intervento dei servizi al cittadino - 2 anno
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	29/05/2011
Durata	Giorni 6 ore 48

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.12:

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	amianto: un problema tante soluzioni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	30/05/2011
Durata	Giorni 1 ore 7
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.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	la prevenzione della legionellosi nelle strutture sanitarie attualità, responsabilità, esperienze
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera S. Gerardo
Data	22/06/2011
Durata	Giorni 1 ore 7
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.14:

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	presentazione delle nuove procedure/istruzioni operative del Servizio Igiene e Sanità Pubblica - area vigilanza e controllo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	06/10/2011
Durata	Giorni 3 ore 18
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.15:

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	nuovi criteri di accertamento della idoneità psicofisica alla guida.

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	17/10/2011
Durata	Giorni 1 ore 4
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.16:

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'inquinamento degli spazi indoor
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	09/02/2012
Durata	Giorni 1 ore 6
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.17:

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	il problema dell'amianto nella tutela dell'ambiente
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	16/11/2012
Durata	Giorni 2 ore 16
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.18:

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	la comunicazione come strategia formativa fra i servizi
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	09/05/2012
Durata	Giorni 2 ore 16
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.19:

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'assegnazione degli obiettivi ai collaboratori: quali strumenti per pianificare, misurare, monitorare
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	11/05/2012
Durata	Giorni 1 ore 7
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.20:

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	il colloquio di feedback nel processo di valutazione dei collaboratori
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	17/05/2012
Durata	Giorni 1 ore 7
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.21:

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	metodologia ed organizzazione operativa negli accertamenti di idoneità alla guida
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	13/06/2012
Durata	Giorni 1 ore 5
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.22:

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	il preposto nel sistema di prevenzione aziendale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	20/06/2012

Durata	Giorni 1 ore 7
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.23:

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	revisione delle procedure ed istruzioni operative del Servizio Igiene E Sanità Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	06/07/2012
Durata	Giorni 5 ore 30
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.24:

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	il processo di sterilizzazione. sicurezza e tracciabilità dello strumentario chirurgico
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	03/10/2012
Durata	Giorni 1 ore 7
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.25:

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	CAD - la gestione documentale e la digitalizzazione della pubblica amministrazione.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	16/11/2012
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	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"/>

N.26:

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	apparecchiature per estetiste DM n. 110/2011 attività di vigilanza della ASL
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	17/12/2012
Durata	Giorni 1 ore 4
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.27:

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 ai sensi dell'art.37 d.lgs. 81/08 e dell'accordo Stato-Regioni del 21.12.2011. lavoro sicuro: dovere assoluto, diritto intoccabile
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	25/02/2013
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	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"/>

N.28:

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	linee di indirizzo e attività di coordinamento degli interventi in tema di amianto
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	27/02/2013
Durata	Giorni 2 ore 14
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.29:

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	miglioramento della gestione informatizzata dei dati delle attività di vigilanza e promozione della salute del dipartimento di prevenzione medico
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/04/2013
Durata	Giorni 1 ore 6

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.30:

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	regolamento reach e regolamento CLP: novità introdotte dai regolamenti, attuale stato di applicazione e sviluppi futuri in relazione alle attività di controllo dei servizi dipartimentali.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	14/05/2013
Durata	Giorni 1 ore 7
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.31:

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	il prodotto cosmetico: attività sul territorio in relazione al nuovo Regolamento Europeo.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	22/05/2013
Durata	Giorni 2 ore 16
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.32:

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	il processo di assegnazione degli obiettivi individuali e la valutazione: come valorizzare i collaboratori
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	30/03/2013
Durata	Giorni 1 ore 7
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.33:

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	prodotti per tatuaggio e trucco: problematiche emergenti in Sanità Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	05/06/2013
Durata	Giorni 1 ore 7
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.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	approccio per processi e di sistema: dalla teoria alla pratica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/10/2013
Durata	Giorni 1 ore 4
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.35:

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	la L. 190/2012 e l'anticorruzione nell'ordinamento italiano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	23/10/2013
Durata	Giorni 1 ore 3
Specificare se l'attività formativa è ECM	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"/>

N.36:

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	aggiornamenti in radioprotezione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	16/11/2013
Durata	Giorni 1 ore 4
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.37:

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	gestione dei rifiuti pericolosi e non nelle strutture sanitarie, il nuovo catasto dei rifiuti sistri <input type="checkbox"/>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	10/12/2013
Durata	Giorni 1 ore 6
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.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 obbligatorio ai sensi dell'art. 37 d.lgs. 81/08 accordo Stato-Regioni del 21/12/2011. lavoro sicuro: la gestione dello stress
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	13/02/2014
Durata	Giorni 1 ore 4
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.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	il trasporto dell'operatore ASL nel cestello della piattaforma di lavoro elevabile
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	22/05/2014
Durata	Giorni 1 ore 6
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.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	il CAD e la pubblica amministrazione digitale. digitalizzazione dei documenti e archiviazione digitale. obiettivi, vincoli normativi e strumenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	24/09/2014
Durata	Giorni 1 ore 6,5
Specificare se l'attività formativa è ECM	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"/>

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	rischi da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti legati all'uso di apparecchi elettromedicali e non, impiegati in studi medici e studi professionali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	30/10/2014
Durata	Giorni 1 ore 6
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.42:

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	revisione delle istruzioni operative della Sc Igiene E Sanità Pubblica
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	25/02/2015
Durata	Giorni 2 ore 12
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.43:

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	Modulo base per Auditor / Responsabili gruppo di Audit (UNI EN ISO 19011:2012)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	27/05/2015
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	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"/>

N.44:

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 attività di pronta reperibilità del Dipartimento di Prevenzione Medico nello scenario di expo 2015
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	13/04/2015
Durata	Giorni 1 ore 7
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.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	CCV/CPV: aggiornamento dei dirigenti impegnati nelle commissioni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	22/04/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
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.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	la vigilanza sulle nuove tecniche utilizzate nella specialistica ambulatoriale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	28/04/2015
Durata	Giorni 4 ore 16
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.47:

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	auditor interni di sistemi di gestione per la qualità nel settore sanitario
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	27/05/2015

Durata	Giorni 2 ore 16
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.48:

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 obbligatorio, ai sensi dell'art. 37 del d.lgs 81/08 e dell'accordo stato-regioni del 21.12.2011. corretto utilizzo dpi III^ Cat
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/09/2015
Durata	Giorni 1 ore 2
Specificare se l'attività formativa è ECM	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"/>

N.49:

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	la gestione dei rifiuti nelle attività sanitarie. la normativa e gli obblighi di base
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/10/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
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.50:

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	il nuovo Regolamento Edilizio Del Comune di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/10/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
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.51:

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	il dirigente nel Sistema Sanitario Nazionale: poteri, doveri, responsabilità. consapevolezza del ruolo e comunicazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	22/10/2015
Durata	Giorni 1 ore 8
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.52:

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 novità della nuova edizione della norma ISO 9001:2015: analisi e potenzialità (propedeutico)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	02/12/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
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.53:

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 novità della nuova edizione della norma ISO 9001:2015: analisi e potenzialità (avanzato)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	02/12/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
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.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	corso di formazione obbligatorio ai sensi dell'art. 37 d. lgs 81/08 e dell'accordo stato-regioni del 21.12.2011. lavoro sicuro: rischi trasversali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	03/12/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

ECM	
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	incontro di preparazione audit
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	24/02/2016
Durata	Giorni 1 ore 4
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.56:

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	Legionella: nuove linee guida 2015 - la prevenzione del rischio legionella
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	10/06/2016
Durata	Giorni 1 ore 8
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.57:

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 amianto nelle scuole
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	08/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 4
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.58:

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	il software ASAN (anagrafica strutture sanitarie).
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	9//11/2016
Durata	Giorni 1 ore 7
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.58:

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	aggiornamenti in radioprotezione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	15/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 4
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.59:

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	paperless e best practice nella gestione documentale in ATS Città Metropolitana di Milano, per un percorso di unificazione e di unitarietà
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	16/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 7
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.60:

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	prodotti cosmetici: in vigore la nuova disciplina sanzionatoria
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	21/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 7
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.61:

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	la nuova ATS: aggiornamento e sviluppo delle tecnologie e dei metodi di controllo per la gestione del sistema qualità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	29/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 7
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.62:

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'Audit in ATS - miglioramento continuo degli audit interni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	20/02/2017
Durata	Giorni 1 ore 4
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.63:

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	la trasparenza e l'anticorruzione all'interno ATS Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	27/03/2017
Durata	Giorni 1 ore 1.30
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.64:

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	Claims : criticità nelle verifiche e procedure conseguenti al riscontro di irregolarità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	03/05/2017

Durata	Giorni 1 ore 6
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.65:

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	telefoni cellulari e altri dispositivi Wi-Fi: educazione ai media per contrastare i pericoli per la salute
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	18/05/2017
Durata	Giorni 1 ore 6
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.66:

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'attività ispettiva dei pubblici dipendenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	12/10/2017
Durata	Giorni 1 ore 4
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.67:

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	qualità della vita in RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	15/11/2017
Durata	Giorni 1 ore 7
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.68:

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	sicurezza informatica: sensibilizzazione e consapevolezza
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	31/12/2017
Durata	Giorni 1 ore 1
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.69:

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	"presa in carico dei pazienti cronici". applicazione delle Dgr n. 6164 x del 30 gennaio 2017 e deliberazione x/6551 del 4 maggio 2017
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	20/11/2017
Durata	Giorni 1 ore 1
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.70:

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	il sistema di gestione della privacy in ATS Milano: organizzazione, ruoli e strumenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	31/5/2018
Durata	Giorni 1 ore 1
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.71:

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	aggiornamento per auditor: utilizzo dello strumento di audit in ATS Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	6/6/2018
Durata	Giorni 1 ore 8
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"/>

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

ASL di Milano

01/10/1998 31/01/2007

Componente in qualità di Dirigente medico di 1° livello di Igiene e Sanità Pubblica della Commissione ispettiva per la vigilanza delle farmacie e deposito farmaci ex art.5 L.R. 46/83

ASL di Milano

dal 1999 al gennaio 2003

Dirigente medico 1° livello medico igienista supplente presso la Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità come da Delibera n. 2075 del 15/10/1999

ASL di Milano / ATS Città Metropolitana di Milano

Dal 2012 ad oggi

Dirigente medico di Igiene e Sanità Pubblica Componente della Commissione ispettiva Comunale e Provinciale di Vigilanza di pubblico spettacolo

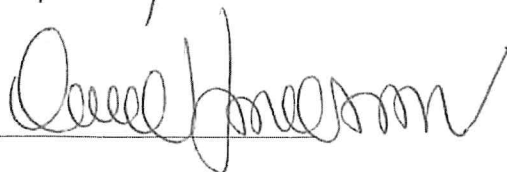
ATS Città Metropolitana di Milano

qualifica di Auditor interno aziendale con Attestato di Auditor / Responsabile di Audit (UNI EN ISO 19011/2012) conseguita a seguito di superamento esame finale del corso riconosciuto AICQ SICEV 2015

Data

21/05/2021

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.