

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA  
"UOC VIGILANZA STRUTTURE SANITARIE"**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

la sottoscritta GIULIANA SABATINO  
nata a COMO il 26.07.1972

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 verifera;
- 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	27/07/1998/ Durata 6 anni	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
SPECIALITA' IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	12/11/2002/ Durata 4 anni	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
MASTER DI II LIVELLO "pianificazione, programmazione e progettazione dei sistemi ospedalieri e socio-sanitari"	14/12/2012/ Durata 1 anno	POLITECNICO DI MILANO

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 allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1	Control of scabies outbreaks in an Italian hospital: an information-centered management strategy.	Marzo 2014
2	Air Pollution Impact on Pregnancy Outcomes in Como, Italy.	Gennaio 2016
3	Association of Age With Likelihood of Developing Symptoms and Critical Disease Among Close Contacts Exposed to Patients With Confirmed SARS-CoV-2 Infection in Italy	Marzo 2021
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)
ASL COMO	21.10.2002	31.08.2003	Medico chirurgo specialista in Igiene e Medicina Preventiva	libero professionista 40 ore/sett.
ASL COMO	01.09.2003	31.07.2006	Dirigente Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva	Contratto a tempo determinato
ASL COMO oggi ATS INSUBRIA	01.08.2006	ad oggi	Dirigente Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva	Contratto a tempo indeterminato
ACSS	01.09.2016	31.01.2017	Dirigente Medico spec. Ig e Med Prev – direttore f.f. UOC Pianificazione e monitoraggio attività di controllo sociosanitario	Comando 3 giorni alla settimana
Direzione Generale Welfare	01.09.2018	31.08.2019	Dirigente Medico spec. Ig e Med Prev	Distacco 2 giorni alla settimana
Direzione Generale Welfare	01.09.2019	ad'oggi	Dirigente Medico spec. Ig e Med Prev	Distacco tempo pieno

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 o art.22 CCNL Area Sanità 2016-2018)  
presso STRUTTURE PUBBLICHE**

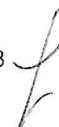
l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

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)
ASL di Como	16.01.2009	31.03.2017	Responsabile Struttura Semplice	UOS Controllo Prestazioni Sanitarie Responsabile controlli NOC prestazioni di ricovero e ambulatoriali. Controlli svolti presso le strutture accreditate e a contratto della Provincia di Como
ATS Insubria	01.04.2017	Ad oggi	Responsabile Struttura Semplice	UOS monitoraggio della rete territoriale sanitaria e socio-sanitaria: monitoraggio del percorso di integrazione della rete di offerta sanitaria e socio-sanitaria in ambito di cronicità e fragilità, monitoraggio dei tempi d'attesa, monitoraggio periodico delle attività declinate nel Piano dei Controlli annuale aziendale
ATS Insubria	15.03.2016	31.03.2017	Direttore f.f. Struttura Complessa	UOC Accreditamento contratti e controlli: predisposizione dei contratti con le Strutture Accreditate a contratto, predisposizione dei monitoraggi e degli incontri con le Strutture; gestione delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie definizione e gestione dei rapporti contrattuali con le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie (ricovero, ambulatoriale, farmaci file F, psichiatria e NPI); vigilanza sui requisiti di autorizzazione e di



				<p>accreditamento delle strutture sanitarie; definizione ed applicazione di strumenti di controllo e percorsi assistenziali finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza, della qualità e dell'accessibilità delle prestazioni erogate, in tutte le Strutture del territorio; Coordinamento controlli prestazioni di ricovero, ambulatoriali.</p>
ATS Insubria	08.08.2017	31.01.2018	Direttore f.f. Struttura Complessa	<p>UOC Rete d'offerta, Qualità e Piano controlli La UOC presidia le attività connesse alla formulazione del Piano dei Controlli annuale aziendale, monitorando lo svolgimento delle attività. Promozione dell'integrazione sanitaria e sociosanitaria.</p>
ATS Insubria	01.02.2018	31.12.2018	Direttore Struttura Complessa	<p>UOC Accreditamento e Controllo Sanitario: esprime pareri previsti per potere realizzare strutture sanitarie pubbliche e private, presidia le fasi di autorizzazione all'esercizio o si verifica delle SCIA nonché quelle di vigilanza e controllo sul mantenimento dei requisiti. Formula il programma annuale e le modalità di verifica sulla corretta applicazione da parte degli Erogatori dei meccanismi di finanziamento delle prestazioni di ricovero e di assistenza specialistica ambulatoriale. Persegue, attraverso la periodica attività di controllo sulle prestazioni sanitarie (NOC), il mantenimento e lo sviluppo dei sistemi di qualità e di verifica delle strutture erogatrici,</p>

				<p>verificando la correttezza della documentazione sanitaria prevista per legge, delle regole vigenti di codifica delle diagnosi e delle procedure sanitarie eseguite. Monitora le caratteristiche dei consumi di prestazioni sanitarie espresse a livello provinciale, analizzandone le dinamiche in relazione con la rete dell'offerta a contratto; Gestisce inoltre il processo sanzionatorio che scaturisce dalle attività di vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie, fornendo altresì riferimenti procedurali e indicazioni operative per le strutture operative di Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria per le strutture sanitarie solo autorizzate, gestendo infine la Commissione Tecnico Giuridica appositamente istituita (anche per gli aspetti di audizione e conseguente iter amministrativo).</p>
ATS Insubria	01.01.2019	30.08.2019	Direttore f.f. Struttura Complessa	UOC Accreditamento e controlli sanitari: vedi sopra
Agenzia di Controllo del Sistema Sanitario e Sociosanitario Lombardo	01.09.2016	31.01.2017	Direttore f.f. Struttura Complessa	UOC Pianificazione e monitoraggio attività di controllo sociosanitario: analisi dei dati relativi ai controlli NOC effettuati dalle ATS, predisposizione del Piano dei Controlli Quadro per l'anno 2017 e del Piano dei protocolli 2017.



Direzione Generale Welfare	16.10.2019	15.02.2020	Responsabile Struttura	Struttura Accreditamento e Negoziazione Polo Ospedaliero: implementazione delle modalità di accreditamento regionale delle strutture sanitarie, indirizzi per le politiche di controllo e vigilanza. Indirizzi per la negoziazione finalizzata alla stipula di contratti tra ATS ed Erogatori. Gestione del processo di controllo del Governo dei Tempi di Attesa per le prestazioni sanitarie.
Direzione Generale Welfare	16.02.2020	31.04.2021	Responsabile Struttura	Struttura Accreditamento e Negoziazione Polo Ospedaliero e Rete Territoriale: Implementazione delle modalità di accreditamento regionale delle strutture sanitarie e monitoraggio dello strumento; Definizione e revisione dei criteri di accreditamento delle unità d'offerta e delle reti del sistema sociosanitario territoriale; Indirizzi per la negoziazione finalizzata alla stipula di contratti tra ATS ed erogatori del polo ospedaliero e della Rete Territoriale; Sviluppo del processo di negoziazione e monitoraggio dei requisiti di accreditamento tra ATS e soggetti erogatori; Implementazione del sistema di verifica VEQ dell'attività laboratoristica; Indirizzi per le politiche di controllo e di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di accreditamento delle strutture ospedaliere e delle UdO della Rete

				<p>Territoriale, raccordo con ACSS; Proposta di sistemi innovativi di tariffazione e remunerazione dei servizi sanitari e sociosanitari; Gestione del processo di controllo del Governo dei Tempi di Attesa per le prestazioni sanitarie; Supporto nella negoziazione di budget aziendale per le attività di competenza; Definizione degli strumenti e monitoraggio della contrattualizzazione per le strutture sanitarie e le unità d'offerta della Rete</p> <p>Territoriale; Monitoraggio dei piani adeguamento ai requisiti di accreditamento</p>
Direzione Generale Welfare	01.5.2021	Ad oggi	Responsabile Struttura	<p>Struttura Accreditamento Polo Ospedaliero e Rete Territoriale: Implementazione delle modalità di accreditamento regionale delle strutture sanitarie e monitoraggio dello strumento; Definizione e revisione dei criteri di accreditamento delle unità d'offerta e delle reti del sistema sociosanitario territoriale; Monitoraggio dei requisiti di accreditamento per soggetti erogatori; Implementazione del sistema di verifica e controllo delle strutture della rete ospedaliera, compresa la verifica esterna di qualità (VEQ) dell'attività laboratoristica; Indirizzi per le politiche di controllo e di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di</p>

				accreditamento delle strutture ospedaliere e delle UdO della Rete Territoriale, raccordo con ACSS; Gestione del processo di controllo del Governo dei Tempi di Attesa per le prestazioni sanitarie; Monitoraggio dei piani adeguamento ai requisiti di accreditamento
--	--	--	--	---

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 e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
ASL COMO	21/10/2002	31/08/2003	Medico Chirurgo specialista in Igiene e Medicina Preventiva	40 ore settimanali

**Tipologia contratto:**

**Libero Professionale**  .Co.Co.co

**Consulenza/ Collaborazione Occasionale**

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

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

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".**

<b>Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA COLLABORAZIONE OCCASIONALE</b>  presso <b>STRUTTURE PRIVATE</b>
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:**

Libero Professionale  .Co.Co.co

Consulenza/ Collaborazione Occasionale

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
------------------------------	-------------------	------------------	--------------------------------------	-------------------------

**Tipologia contratto:**

Libero Professionale  .Co.Co.co

Consulenza/ Collaborazione Occasionale

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
------------------------------	-------------------	------------------	--------------------------------------	-------------------------

**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".**

**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

**Seguire 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)	<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'ospedale per intensità di cure
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ANMDO
Data	21.01.2011
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.2:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La sostenibilità in Sanità: progettare l'ospedale - Sustainability in Healthcare: Hospital planning
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Politecnico di Milano
Data	10.06.2011
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.3:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Il percorso ictus in Regione Lombardia
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	15.06.2011
Durata	Giorni 1 ore 4
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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La dimensione dell'appropriatezza in sanità. Credibilità della ricerca, efficacia della prevenzione e degli interventi, centralità della prevenzione e degli interventi, centralità della relazione di cura.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	27.10.2011
Durata	Giorni 1 ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

<b>ECM</b>	
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 type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONFERENZA</b>
Titolo dell'evento	La Sanità pubblica tra globalizzazione, nuove esigenze di salute e sostenibilità economica: la sfida dell'integrazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Società Italiana di Igiene SITI
Data	12 - 15.10.2011
Durata	Giorni 3,5 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

#### N.6

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONVEGNO</b> <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Innovative Design for Healthcare
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Politecnico di Milano
Data	25.05.2011
Durata	Giorni 1 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

#### N.7

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Il laboratorio di Sanità Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Brescia
Data	21.09.2011
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

#### N.8

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Corso di formazione per i valutatori del sistema trasfusionale italiano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	13 - 18.02.2012



Durata	Giorni 6 ore 40
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.9

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONVEGNO</b> <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Social, environmental and economic strategies for efficiency in healthcare
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Politecnico di Milano
Data	05.06.2013
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.10

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Il Sistema Trasfusionale Regionale. Requisiti minimi di qualità nei Servizi Trasfusionali e nelle Unità di Raccolta
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	29.12.2012
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.11

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONGRESSO</b> <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Prevenzione e sanità pubblica al servizio del Paese
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Società Italiana di Igiene SITI
Data	3-6 ottobre 2012
Durata	Giorni 3,5 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.12

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	46° congresso Nazionale della SITI per la difesa e per il rinnovamento del SSN
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Società Italiana di Igiene SITI
Data	17-20 ottobre 2013
Durata	Giorni 3,5 ore
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.13

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	SOS Servizio Sanitario Ultima Chiamata – Società Italiana Medici Manager SIMM
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Università Cattolica del Sacro Cuore
Data	21-22.11.2013
Durata	Giorni 2 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input 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	Conduttori di progetto valutativo VTS-HTA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	13.12.2013
Durata	Giorni 1 ore 7, 30
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.15

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	Dall'appropriatezza clinico – organizzativa alla corretta tenuta della documentazione sanitaria
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ospedale Classificato Valduce – Como
Data	28.11.2013
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.16



Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONVEGNO</b> <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	I° convegno professioni sanitarie dipartimento di riabilitazione: percorsi clinico assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ospedale di Crema
Data	11-12.10.2013
Durata	Giorni 2 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.17

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONVEGNO</b> <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	IV convegno cardiologia riabilitativa cremasca
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	A.O. di Crema
Data	11.12.2013
Durata	Giorni 1/2 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.18

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONVEGNO</b> <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Applicazione della genomica in Sanità Pubblica: evidenze e indicazioni per un uso appropriato dei test genetici nella pratica clinica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	30.09.2013
Durata	Giorni 1 ore 7, 30
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.19

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La continuità del percorso dell'assistito tra cure primarie e cure specialistiche
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Brescia
Data	Dal 9.10.2013 al 11.12.2013
Durata	Giorni 8 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

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

N.20

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La continuità del percorso dell'assistito tra cure primarie e cure specialistiche. Percorso di approfondimento, confronto e formazione per medici con ruoli organizzativi.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL di Brescia
Data	21.02 – 12.03.2014
Durata	Giorni 3 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.21

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Sostenibilità attuale e futura delle prospettive sanitarie e sociali – riabilitazione e cronicità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Fondazione Salvatore Maugeri
Data	13.12.2013
Durata	Giorni 1 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.22

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONVEGNO</b> <input type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	4° Convegno Nazionale N.I.San. – Network Italiano Sanitario per la condivisione dei Costi Standard, degli Indicatori e dei Risultati
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	N.I.San e A.O. Sant'Anna Como
Data	27-28.10.2014
Durata	Giorni 2 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.23

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Corso di aggiornamento e verifica del mantenimento delle competenze dei valutatori nazionali del sistema trasfusionale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia

Data	24-26.11.2014
Durata	Giorni 3 ore 20,30
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.24

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> formazione sul campo
Titolo dell'evento	Programma regionale HTA determinazione del valore di appropriatezza d'uso delle tecnologie sanitarie ritenute prioritarie per il SSR (prosecuzione di attività.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia – ASL Varese
Data	19.03 – 17.12.2014
Durata	Giorni 6 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.25

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Immagini, suoni e biosegnali. Manuale per i percorsi di cura.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Eupolis Lombardia
Data	13.05.2014
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.26

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Misurare l'appropriatezza. Guida al più ambito indicatore di performance.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	GIMBE
Data	15.05.2015
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.27

Tipo logia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/>
--	---



Titolo dell'evento	Essere leader sul posto di lavoro: la gestione di un team, coordinare, motivare e gestire i conflitti interni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	A.O. Niguarda Cà Granda
Data	18.05.2015
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.28

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Regolamento sugli standard di assistenza ospedaliera: una scommessa per la qualità delle cure
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IRCCS Fondazione Maugeri
Data	18.09.2015
Durata	Giorni ore 4
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.29

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Valutatori nazionali del Sistema Trasfusionale: 3° evento residenziale di aggiornamento e verifica del mantenimento delle competenze.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale Sangue
Data	19-20.11.2015
Durata	Giorni 2 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.30

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Innovare in sanità: strumenti e organizzativi per il miglioramento dei processi e delle prestazioni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Politecnico di Milano Graduate School of business
Data	13,20,26.04 – 4,18.05.2016
Durata	Giorni 5 ore 35
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.31

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	CABINA DI REGIA OTA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Polis Lombardia
Data	05.06.2018 12.09.2018
Durata	Giorni 2 ore 4
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N. 32

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Incontro gruppo di miglioramento "organismo tecnicamente accreditante"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Polis Lombardia
Data	05.06.2018 12.09.2018
Durata	Giorni 2 ore 8
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/> CON TEST

N.33

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	CABINA DI REGIA OTA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Polis Lombardia
Data	12.09.2018 15.10.2018
Durata	Giorni 2 ore 6
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.34

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	Incontro gruppo di miglioramento "organismo tecnicamente accreditante"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Polis Lombardia
Data	12.09.2018 15.10.2018
Durata	Giorni 2 ore 8
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.35

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	1978-2018 i primi 40 anni della Legge 833 – il SSN compie 40 anni: il suo futuro fra Universalità e sostenibilità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SITI Sezione Lombardia
Data	27.09.2018
Durata	Giorni 1 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.36

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FAD
Titolo dell'evento	Aggiornamento Valutatori Nazionali Sistema Trasfusionale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Superiore Sanità Centro Nazionale Sangue
Data	01.07 – 7.10.2019
Durata	Giorni ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.37

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FORMAZIONE SUL CAMPO
Titolo dell'evento	Riunioni Dipartimento PAAPSS ATS Insubria
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Insubria
Data	Anno 2019
Durata	Giorni 6 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.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 nazionale per auditor/valutatori degli organismi tecnicamente accreditanti – 2 edizione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ministero della Salute Agenas
Data	30.06 - 01,02,06,08.07.2020

Durata	Giorni 4 ore
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

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

**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 insegnamento	Università	Materia	In qualità di Docente o Tutor
Dal 2013 al 2019	Scuola di Specializzazione in Igiene e medicina preventiva – Università degli Studi di Milano	Formazione sul campo attività NOC, accreditamento e vigilanza	tutor



--	--	--	--

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 insegnamento

<b>Ulteriori attività</b>
---------------------------

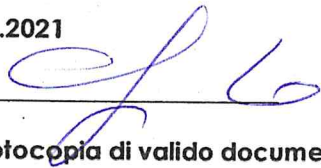
DESCRIZIONE

<b>Ulteriori dichiarazioni</b>
--------------------------------

DESCRIZIONE

**Data 27.05.2021**

**Firma** \_\_\_\_\_

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized cursive letters, is written over a horizontal line. The signature appears to be 'S. L.' or similar.

**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.