

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA
UOC DISTRETTO VETERINARIO ADDA MARTESANA**

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

la sottoscritta Elvira Mangini
nata a Milano il 23/06/1958
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, 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
Laura in medicina veterinaria	/25/02/1985 / Durata 5 anni	Università degli Studi di Milano
Specializzazione in Tecnologia e Igiene delle carni	09 /11/1993/ Durata 2 anni	Università degli Studi di Milano
Specializzazione in Diritto e Legislazione Veterinaria	/04/07/1997/ Durata 2 anni	Università degli Studi di Milano
Specializzazione in Etologia applicata e benessere degli animali di interesse zootecnico e degli animali d'affezione	/11/07/2000 Durata 3 anni	Università degli Studi di Milano

Corsi di perpez universitari

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 affinenti 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	Sperimentazione animale: "Una score card per la valutazione del rischio e una check list di vigilanza" pubblicata su "ARGOMENTI" n 2/2016 - SIMEVEP (Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva)	2 marzo 2016
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

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

Seguire attentamente le istruzioni:

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

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

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
ASL Lodi	2/1/1992	15/01/2001	Veterinario Dirigente, Area Sanità Animale	Tempo Pieno
ASL Milano	16/01/2001	31/10/2001	Veterinario Dirigente, Area Sanità Animale e Igiene degli alimenti di O.A. (in aspettativa da ASL Lodi)	Tempo Pieno
ASL Lodi	01/11/2001	31/10/2004	Veterinario Dirigente, Area Sanità Animale	Tempo Pieno
Asl Milano/ ATS Milano	01/11/2004	Al 6/7/2005	Veterinario Dirigente, Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	Tempo pieno
Asl Milano / ATS Milano	Dal 7/7/2005	Ad oggi	Veterinario Dirigente, Responsabile Struttura Semplice Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	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)
presso STRUTTURE PUBBLICHE**

I'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 Milano/ ATS Milano	07/7/2005	Ad oggi	Responsabile Struttura Semplice	Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

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

<i>DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione Sede</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale Indicare il C.C.N.L. di riferimento</i>	<i>Indicare la mansione svolta</i>	<i>Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)</i>
<i>S.P.A. gruppo Lepetit</i>	<i>01/06/1986</i>	<i>10/06/1986</i>	<i>Impiegato 7 livello C.C.N.L Chimico farmaceutico</i>	<i>Informatore scientifico del farmaco</i>	<i>40 ore Tempo pieno</i>
<i>Ravizza Farmaceutici SPA</i>	<i>01/03/1987</i>	<i>31/05/1987</i>	<i>Impiegato 7 livello C.C.N.L Chimico farmaceutico</i>	<i>Informatore medico scientifico del farmaco</i>	<i>40 ore Tempo pieno</i>
<i>Assica (Associazione degli industriali delle carni)</i>	<i>01/10/1988</i>	<i>15/12/1988</i>	<i>Impiegato 2 livello C.C.N.L. Industria alimentare</i>	<i>Veterinario consulente per gli associati (Industriali delle carni) e contatti con Autorità sanitarie (Ministero, Regione, Asl), supporto alle visite di Autorità Sanitarie straniere</i>	<i>40 ore Tempo pieno</i>

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 Lodi	15 /06/ 1987	31/ 12/ 1991	Veterinario Autorizzato	30
Tipologia contratto:				
<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> .Co.Co.co				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				
Autorizzazione n 1154/87 del 15 06 1987 nei comuni della USL 56 Autorizzazione n 472 del 29 03 1988 per l'anno 1988 afta bovina- afta suina- peste suina- Tbc-brc-leb Buck 19 -Comuni di Montanaso L do -Mulazzano- Galgagnano -Lodi Autorizzazione n 471/89 del 4 4 1989 per l'anno 1989 profilassi di Stato nei comuni di Cervignano D'Adda -Montanaso Lombardo- Galgagnano Mulazzano				

Autorizzazione n 251 del 7 2 1990 per l'anno 1990 –profilassi di Stato nei Comuni di Cervignano D'adda – Galgagnano- Montanaso L do Mulazzano
 Autorizzazione n 205/91 del 5 2 1991 per l'anno 1991 –profilassi di Stato nei comuni di Cervignano D'Adda- Montanaso L do- Galgagnano Mulazzanp

ENTE Denominazione sede	DAL (gg/mm/c a)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
Regione Lombardia	15 01 2004	31/12/2008	Auditor Regionale	A richiesta di Regione Lombardia
<p>Tipologia contratto: nominata AUDITOR REGIONALE con (D.D.G. n 232 del 15 gennaio 2004,) in materia di alimentazione animale, benessere animale farmacosorveglianza e COMPONENTE GRUPPI DI LAVORO REGIONALI 2004:" definizione di un programma di controllo in materia di trasporto degli animai e relativo benessere" 2005"Accreditamento del Dipartimento Veterinario" 2004-2008 :Predisposizione di linee guida sul Benessere animale"</p> <p><input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> .Co.Co.co</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> X Consulenza / Collaborazione Occasionale</p>				

ENTE Denominazione 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".

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

presso STRUTTURE PRIVATE

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

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

Tipologia contratto:

- 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)	X <input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento :	Management per il cambiamento nelle organizzazioni sanitarie (Rivalidazione del certificato di formazione manageriale per Dirigente sanitario di Struttura Complessa)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore:	Regione Lombardia / Progea
Data	11 10 2018
Durata	Giorni 7 ore 56
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.2:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X <input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO X Rivalidazione del Certificato manageriale <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Qualità e Management nell'organizzazione sanitaria (Rivalidazione del certificato di formazione manageriale per Dirigente sanitario di Struttura Complessa)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Eupolis Lombardia - Regione Lombardia
Data	26 05 2011
Durata	Giorni 6 ore 45
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.3:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X <input 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 Manageriale per Dirigenti di struttura complessa
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione aziendale Università Bocconi
Data	10,11,12,13,14 febbraio –17,18,19,20,21 marzo -- 8,9,10,11 aprile 2003-
Durata	Giorni 14 ore 126
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.4:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X <input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<u>Corso per formatori</u> sul benessere animale durante i trasporti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia ed Emilia Romagna
Data	7,8,9, /05/2007
Durata	Giorni 3 ore 20
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N 5

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X <input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Il Risk management nelle articolazioni aziendali: la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella nell'ottica della mediazione trasformativa
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	11/11/2011
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X <input checked="" type="checkbox"/>

N6

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	SSD Sviluppo e formazione ATS Milano
Data	18 03 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 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	Dematerializzazione degli adempimenti richiesti sulla commercializzazione ed utilizzo dei medicinali veterinari alla luce dell'entrata in vigore nel 2017 del nuovo regolamento comunitario
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Eupolis Lombardia
Data	30/ 09/2016 e 21/10/2016
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 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	Corso sull'etologia e sul benessere del cane per medici veterinari: il patentino e la <u>formazione dei formatori</u>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Izsler Brescia
Data	25 e 26 ottobre 2016
Durata	Giorni 2
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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> xCONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Zoonosi e sorveglianza integrata
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Eupolis Lombardia
Data	30/ 09/2016 e 21/10/2016
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - x no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N 10

Titolo dell'evento	La Sanità pubblica veterinaria 2017
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZSLER Lombardia e Emilia Romagna
Data	2,16 marzo, 6 aprile, 13,25 maggio 2017
Durata	Giorni 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 11

Titolo dell'evento	Le norme relative alla tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore	IZSLER Lombardia e Emilia Romagna
Data	14 /09/2017
Durata	Giorni 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 12

Titolo dell'evento	Piano Nazionale alimentazione degli animali e etichettatura dei mangimi negli animali d'affezione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Izsler Lombardia e Emilia Romagna
Data	13 05 2019
Durata	1 giorno
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

Titolo dell'evento	Etichettatura dei mangimi per animali da compagnia : risvolti applicativi Reg 767/09
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Izsler Piemonte e Liguria
Data	09/12/2019
Durata	1 giorno
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

Titolo dell'evento	Dalla scelta all'impiego consapevole del farmaco nell'allevamento bovino
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Izsler Venezia
Data	30 /11 /2019
Durata	2 giorni
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"/>

N15

Titolo dell'evento	Formazione di base in Apicoltura per il medico veterinario
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOVI
Data	12 05 2020
Durata	FAD
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N16

Titolo dell'evento	Medicina d'urgenza degli animali da compagnia FAD
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Izsler Brescia
Data	30 04 2020
Durata	FAD
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N17

Titolo dell'evento	Il controllo ufficiale negli allevamenti bovini e bufalini: la nuova check list integrata con il sistema Classyfarm
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Izsler Brescia
Data	28 07 2020
Durata	FAD
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X <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
------------------------------------	------------	---------	-------------------------------------

2014	Università degli studi di Milano Facoltà di Medicina Veterinaria Dipartimento di scienze veterinarie per la salute, la produzione animale e la sicurezza alimentare	Panorama tecnico normativo in materia di alimentazione animale parte II	Docente
2009	Università degli studi di Milano Facoltà di Medicina Veterinaria, Dipartimento di Scienze animali	Sottocommissione zootecnia I e II	Commissario esterno esami di Stato

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

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente o Tutor
5 ore	Scuola di formazione professionale della Direzione Centrale Polizia Locale Milano	Tutela animali e sicurezza pubblica	Docente
3 ore	ASL Milano	Trasporto degli animali ai sensi Reg 1/2005 CE	Docente
3 ore	Asl Milano	Trasporto degli animali ai sensi Reg 1/2005 CE	Docente

2004 (D.D.G. n 232 del 15 gennaio 2004	Regione Lombardia	Benessere alimentazione animale, farmaco. Accreditamento del Dipartimento Veterinario e stesura linee guida benessere animale	Componente gruppo di lavoro per programma controlli su trasporto animale, benessere, farmaco e accreditamento del Dipartimento Veterinario. AUDITOR in materia di alimentazione benessere farmaco
2005 (D.D.G. n 232 del 15 gennaio 2004	Regione Lombardia	Benessere alimentazione animale, farmaco. Accreditamento del Dipartimento Veterinario e stesura linee guida benessere animale	Componente gruppo di lavoro AUDITOR in materia di alimentazione benessere farmaco
2006 (D.D.G. n 232 del 15 gennaio 2004	Regione Lombardia	Benessere alimentazione animale, farmaco. Accreditamento del Dipartimento Veterinario e stesura linee guida benessere animale	Componente gruppo di lavoro AUDITOR in materia di alimentazione benessere farmaco
2007 (D.D.G. n 232 del 15 gennaio 2004	Regione Lombardia	Benessere alimentazione animale, farmaco. Accreditamento del Dipartimento Veterinario e stesura linee guida benessere animale	Componente gruppo di lavoro AUDITOR in materia di alimentazione benessere farmaco
2008 (D.D.G. n 232 del 15 gennaio 2004	Regione Lombardia	Benessere alimentazione animale, farmaco. Accreditamento del Dipartimento Veterinario e stesura linee guida benessere animale	Componente gruppo di lavoro AUDITOR in materia di alimentazione benessere farmaco
2006	Asl Città di Milano	Corso:Le competenze dei TPALL nelle tre aree funzionali del Dipartimento di Prevenzione Veterinario	Responsabile Scientifico
2005	Asl Città di Milano	Corso:Problematiche ispettive dei prodotti ittici al dettaglio e all'ingrosso	Responsabile Scientifico
2005			
2006	Asl Città di Milano	Corso:La figura e l'attività del Tecnico della prevenzione	Responsabile Scientifico

		inserito nell'area Veterinaria dell' ASL	
2006	Asl Città di Milano	Corso:Problematiche ispettive dei prodotti ittici	Tutor
2005	Asl Città di Milano	Convegno:" OGM perché?"	Responsabile scientifico Convegno

3) Corsi di formazione privati:

Ente / Istituto	Corso di Studi	Materia	n. ore insegnamento

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

Per conto di ASL di Lodi, negli anni 2003 -2004 ho seguito i seguenti corsi di formazione specifica per svolgere attività di Auditor di Sistema Gestione per la Qualità :

" Verifiche ispettive interne secondo le norma UNI EN ISO 19011:2003 "e
" Le procedure sulla Qualità secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2000"

acquisendo la qualifica di Auditor Sistema Gestione per la Qualità per ASL Lodi , con incarico da ASL Lodi per la redazione del Manuale di Gestione della Qualità del Dipartimento Veterinario.

Negli anni 2005 2006 sono stata Referente per la Formazione Del Dipartimento Veterinario di ASL Città di Milano, con l'incarico di organizzare Corsi / Convegni per il personale afferente, e ricoprendo anche, in alcuni di questi Eventi la qualifica di Responsabile scientifico, in altri quella di Tutor.

Dal 2018 a tutt'ora, ATS Milano mi ha nominata DEC per quanto riguarda il Contratto di Appalto alla ditta che si occupa di recupero e trasporto delle carcasse di animali rinvenute sul suolo del Comune. Svolgo quindi attività di monitoraggio e rendicontazione del corretto svolgimento delle attività previste da tale Contratto.

Sono Referente per il Distretto Nord per quanto riguarda la gestione e lo smaltimento dei rifiuti speciali.

Sono Componente del gruppo di lavoro relativo alla CONDIZIONALITA', con attività di verifica in campo su tutto il territorio afferente ad ATS Milano Città Metropolitana, secondo le indicazioni Regionali e del Dipartimento.

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Per quanto riguarda il mio tempo libero, svolgo, senza scopo di lucro, da più di 30 anni l'attività di Istruttore subacqueo Federale FIPSAS, insegno agli allievi sia la teoria per una corretta gestione in sicurezza delle immersioni, sia la pratica in acqua, gestisco e coordino pertanto gruppi eterogenei di persone, alle quali fornisco gli strumenti sia teorici che pratici per affrontare in sicurezza e con raziocinio le situazioni differenti che un ambiente non naturale può, di volta in volta, presentare. Ho sviluppato anche una buona conoscenza di apparecchi tecnici quali il rebreather e le immersioni in profondità con uso di miscele respiratorie. Pratico tale attività con assiduità e soddisfazione: ciò mi ha permesso di visitare in sicurezza, alcuni tra i più belli e inaccessibili relitti marini. Sono appassionata di viaggi, anche in condizioni logistiche difficili ed in presenza di persone di varia provenienza, ho buona capacità di adattamento e propensione a risolvere, per il gruppo, le difficoltà improvvise che via via si possono presentare. Ho una discreta conoscenza della lingua inglese.

Data 04 06 2021

Firma Eleonora Marini

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.