

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

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il sottoscritto MESCHIA GUIDO

Nato a Milano il 13/05/1960

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
LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA VETERINARIA	12/11/1986 Durata 5 ANNI	UNIVERSITA' degli STUDI di MILANO
SPECIALIZZAZIONE IN MALATTIE DEI PICCOLI ANIMALI	09/11/1995 Durata 2 ANNI	UNIVERSITA' degli STUDI di MILANO
SPECIALIZZAZIONE IN DIRITTO E LEGISLAZIONE VETERINARIA	04/07/1997 Durata 2 ANNI	UNIVERSITA' degli STUDI 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	I'IDENTIFICAZIONE E L'ANAGRAFE DEI SUINI IN ITALIA PARTE PRIMA, ANNO XI -N.3 LUGLIO-SETTEMBRE 2012, 3-13 ISSN 0300-3485 (FIRST OFFICIALY PUBLISHED ON LINE ON JUNE 2017).	LUGLIO/SETTEMBRE 2012
2	I'IDENTIFICAZIONE E L'ANAGRAFE DEI SUINI IN ITALIA PARTE SECONDA ANNO XI-N.4 OTTOBRE-DICEMBRE 2012, 3-11,ISSN 0300- 3485 (FIRST OFFICIALY PUBLISHED ON LINE ON JUNE 2017).	OTTOBRE/DICEMBRE 2012
3	LA PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E LA CORRETTA GESTIONE DEL RAPPORTO UOMO-ANIMALE	11 LUGLIO 2018

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)
US.S.L. 57	01/01/1992	31/12/1994	VETERINARIO COLLABORATORE	FULL TIME

AZIENDA U.S.L.26	01/01/1995	31/12/1997	DIRIGENTE VETERINARIO DI 1° LIVELLO FASCIA B	FULL TIME FULL TIME
AZIENDA U.S.L.26	01/01/1998	08/06/2000	DIRIGENTE VETERINARIO 1° LIVELLO, RAPPORTO ESCLUSIVO IN SANITÀ ANIMALE	FULL TIME
ASL MI2	09/06/2000	31/12/2001	DIRIGENTE VETERINARIO EX 1° LIVELLO, RAPPORTO ESCLUSIVO	FULL TIME
ASL MI2	01/01/2002	30/04/2007	DIRIGENTE VETERINARIO FASCIA C2, RAPPORTO ESCLUSIVO	FULL TIME
ASL MI2	01/05/2007	31/12/2016	RESPONSABILE U.O.S. SERVIZIO IAPZ DISTRETTO SUD ASL MI2	
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	01/01/2017	31/12/2017	RESPONSABILE U.O.S. SERVIZIO IAPZ DISTRETTO MELEGNANO RAPPORTO ESCLUSIVO.	FULL TIME
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	01/01/2018	OGGI	RESPONSABILE U.O.S. SERVIZIO IAPZ DISTRETTO ALTO LODIGIANO	FULL TIME

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

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

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

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

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

Incarichi di Responsabilità (ex art 18 e 27 CCNL 08.06.2000)

presso STRUTTURE PUBBLICHE

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

ENTE Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)	Denominazione Incarico (fare breve descrizione)
ASL MI2 MELEGNANO	01/05/2007	31/12/2016	RESPONSABILE U.O.S. SERVIZIO IAPZ DISTRETTO SUD ASL MI2.	
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	01/01/2016	31/12/2017	RESPONSABILE U.O.S. SERVIZIO IAPZ DISTRETTO MELEGNANO	
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	01/01/2018	OGGI	RESPONSABILE U.O.S. SERVIZIO IAPZ DISTRETTO ALTO LODIGIANO	

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)
WELCOME ITALIA	01/02/1988	31/12/1991	C.C.N.L. CHIMICI	INFORMATORE SCIENTIFICO	FULL TIME

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

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 U.S.S.L. 57 MELEGNANO	DAL (gg/mm/aa) 01/10/1988	AL (gg/mm/aa) 31/12/1991	Esatta Qualifica di inquadramento VETERINARIO L.P. INCARICATO PER LE PROFILASSI DI STATO	IMPEGNO ORARIO SETT.

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.

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.
Tipologia contratto:				
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> .Co.Co.co				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

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

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

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

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

presso STRUTTURE PRIVATE

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

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

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

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

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 LA GESTIONE DELLE IDONEITA' LAVORATIVE COMPLESSE, RUOLO DI DIRIGENTE E PREPOSTI ALL'INTERNO DELLA RETE AZIENDALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data 23/11/2020, 03/12/2020	
Durata	Giorni _____ 02 _____ ore _____ 04 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.2:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> PROGETTO FORMAZIONE A DISTANZA _____
Titolo dell'evento COMUNICARE IN MODO PERSUASIVO ED EFFICACE	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data DAL 01/01/2020 AL 31/12/2020	
Durata	Giorni 01 ore 01
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

N.3:

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 GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI, TRACES, ALLERTA: AGGIORNAMENTI	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data 25/10/2019	
Durata	Giorni <u>01</u> ore <u>04</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.4:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 2019	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore IZS DELLA SICILIA "MIRRI"	
Data DAL 12/09/2019 AL 24/10/2019	
Durata	Giorni <u>05</u> ore <u>40</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.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"/> FORMAZIONE A DISTANZA _____
Titolo dell'evento IL CONFLITTO DI INTERESSI E LE SCELTE COMPORTAMENTALI	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data DAL 10/09/2019 AL 31/12/2019	
Durata	Giorni <u>01</u> ore <u>01</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.6:

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 A DISTANZA _____
Titolo dell'evento IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN ATS MILANO: IL REGOLAMENTO UE 2016/679	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data DAL 17/07/2019 AL 31/12/2019	

Durata	Giorni_01_____ore_04_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.7:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento GESTIONE DEL SISTEMA AUDIT NELLA SANITA' PUBBLICA	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore REGIONE LOMBARDIA	
Data DAL 18/06/2019 AL 13/11/2019	
Durata	Giorni_04_____ore_32_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.8:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO X FORMAZIONE A DISTANZA_____
Titolo dell'evento RISCHIO LAVORO-CORRELATO E METODOLOGIA DI VALUTAZIONE	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data DAL 04/01/2019 AL 30/04/2019	
Durata	Giorni_4_____ore_02_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.9:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO X FORMAZIONE A DISTANZA_____
Titolo dell'evento FORMAZIONE GENERALE DEI LAVORATORI AI SENSI DEL D.LGS.81/08	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data DAL 01/01/2019 AL 31/12/2019	
Durata	Giorni_1_____ore_08_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.10:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO
--	--

casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento " LA REDAZIONE DEI VERBALI E L'ATTIVITA' ISTRUTTORIA AI SENSI DELLA NORMATIVA SULLE SANZIONI AMMINISTRATIVE. SECONDO STEP: I POTERI DEI VERBALIZZANTI, L'INDIVIDUAZIONE DEL TRASGRESSORE E DEL SOGGETTO CUI NOTIFICARE"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data 13/11/2019	
Durata	Giorni_1_____ ore_07.30_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.11:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento " REGOLAMENTO UE 2017 625 CHE COSA CAMBIA"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data 28/09/2018	
Durata	Giorni_1_____ ore_07_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.12:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento LA NUOVA NORMA ISO 9001:2015: APPLICAZIONE NELL'ORGANIZZAZIONE DI ATS"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data 13/06/2018	
Durata	Giorni_1_____ ore_08_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.13:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento " GESTIRE IL DISTRETTO: ELEMENTI DI FORMAZIONE MANAGERIALE"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	

Data dal 23/11/2017 al 30/01/2018	
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>20</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.14:

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 PURA
Titolo dell'evento " LAVORO D'UFFICIO: MANTENIAMOCI IN FORMA "	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data DAL 18/09/2017 AL 30/11/2019	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>05</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.15:

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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRIVACY IN ATS MILANO: ORGANIZZAZIONE DEGLI STRUMENTI "	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data 05/03/2018	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1,5</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.16:

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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE ALL'INTERNO DELL'ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO "	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data DAL 27/03/2017 AL 31/07/2017	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1,5</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.17:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " L'ATTUAZIONE DELLA L.R. 23/2015 SUL TERRITORIO DELL'ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO "	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	
Data 03/01/2017	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 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 checked="" type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 2018"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ISZ DELLA SICILIA " MIRRI",	
Data IL 13/09/18; IL 11/10/2018; IL 20/10/2018; IL 25/10/2018	
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>40</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.19

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 PURA
Titolo dell'evento" LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 2017"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ISZ DELLA SICILIA " MIRRI",	
Data IL 02/03/2017;16/03/2017;13/05/2017; 25/05/2017	
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>40</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.20

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 PURA
Titolo dell'evento" SICUREZZA INFORMATICA IN AMBITO SANITARIO"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore ASL MI2	
Data DAL 19/03/2019 AL 31/12/2018	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 21

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" GIORNATA DELLA TRASPARENZA E LEGALITA'	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA	
Data IL 30/09/2016	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 22

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" IL DECRETO LEGISLATIVO N.81/08-LA FORMAZIONE PARTICOLARE AGGIUNTIVA DEL PREPOSTO"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA	
Data DAL 27/07/2015 AL 31/12/2015	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 23

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" ETICA E LEGALITA' PER I DIPENDENTI A MAGGIOR RISCHIO DI CORRUZIONE"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA	
Data IL 18/12/2014	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 24

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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" GESTIRE DA LEADER: EQUILIBRIO, EMOTIVITA', INTUITO"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data DAL 05/11/2014 AL 19/11/2014	
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 25

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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" APPROFONDIMENTO SULL'ACCERTAMENTO DELLE SANZIONI AMMINISTRATIVE NELLE AZIENDE SANITARIE"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data IL 26/11/2015	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 26

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" APPROFONDIMENTO SULL'ACCERTAMENTO DELLE SANZIONI AMMINISTRATIVE NELLE AZIENDE SANITARIE"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data IL 13/11/2015	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 27

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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" AUTOEFFICACIA, COMPONENTE IMPORTANTE DELLA FIDUCIA IN SE STESSI"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	

Data	IL 25/09/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 28

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" AMMINISTRATIVI E SANITARI: UN LINGUAGGIO CONDIVISO"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI2
Data	IL 16/10/2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 29

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" AGGIORNAMENTI IN MATERIA DI PROCEDURE AMMINISTRATIVE, VERBALIZZAZIONE, SANZIONI"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI2
Data	IL 03/10/2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 30

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento" CORSO BASE IN GESTIONE DELLE UNITA' OPERATIVE SANITARIE"	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI2
Data	DAL 01/12/2014 AL 09/12/2014
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 31

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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " DECRETO LEGISLATIVO N.33 DEL 14 MARZO 2013 E DISCIPLINA DELL'ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI "	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data IL 13/12/2013	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
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 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 checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " STRATEGIE E METODI OPERATIVI PER LE RELAZIONI EFFICACI SUL LUOGO DI LAVORO: LA GESTIONE CREATIVA DEI CONFLITTI "	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data DAL 18/09/2013 AL 23/09/2013	
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 33

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " IL MOBING UN FENOMENO DA CONOSCERE E PREVENIRE "	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data IL 28/05/2012	
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 34

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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " PROGRAMMAZIONE PIANI DI CONTROLLO, STATO DI AVANZAMENTO E CRITICITA' "	

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data DAL 23/03/2012 AL 30/11/2012	
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " CONTROLLI, ISPEZIONI, AUDIT IN ATTUAZIONE AGLI STANDARD REGIONALI ""	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data DAL 08/11/2012 AL 15/11/2012	
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 36

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"/> FAD PURA
Titolo dell'evento " SMART WORKING "	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore ASL MI2	
Data DAL 08/11/2012 AL 15/11/2012	
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

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

ATTIVITÀ DIDATTICA (materie attinenti 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

//

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
UOFAA PVI	REG.1/2005	BENESSERE ANIMALE DURANTE IL TRASPORTO	120 (N. 10 CORSI DA 12 ORE COME PREVISTO DAL REG. 1/2005)
ORDINE MEDICI VETERINARI DI LODI	REG. CE 193/2006	USO APPROPRIATO DEL FARMCO	4

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

COMUNE DI S. GIULIANO M.SE EDUCAZIONE SANITARIA PRESSO LE SCUOLE ELEMENTARI E MEDIE DEL TERRITORIO NEI GIORNI 10 APRILE , 18 APRILE E 14 MAGGIO 1997 PER UN TOTALE DI 3 GIORNATE MATTINA E POMERIGGIO

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Data 03/06/2021

Firma [Handwritten Signature]

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.