

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

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il sottoscritto ENRICO SCIGLIUZZO nato a MILANO, il 14 luglio 1964 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 in Medicina Veterinaria	07/07/1993 Durata 5 anni	Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina Veterinaria
Specializzazione in "Alimentazione Animale"	02/07/1999 Durata 3 anni	Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina Veterinaria, Istituto di Alimentazione Animale
Specializzazione in "Sanità Pubblica Veterinaria"	07/07/2003 Durata 2 anni	Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina Veterinaria, Dipartimento di Patologia animale, Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria
Corso annuale di perfezionamento "Controllo degli allevamenti zootecnici e dei prodotti derivati"	01/06/1997 Durata 1 anno	Università degli Studi di Parma, Facoltà di Medicina Veterinaria, Istituto di Ispezione degli Alimenti di Origine Animale

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		
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 della Provincia di Milano n° 2, Distretto di Melzo.	16/10/97	16/03/00	Operatore Professionale Collaboratore (oggi Tecnico della Prevenzione) - Personale di Vigilanza ed Ispezione (TEMPO DETERMINATO)	TEMPO PIENO
ASL della Provincia di Milano N° 2, Distretto di Melzo, Dipartimento di Prevenzione Veterinario.	16/03/00	31/08/03	Dirigente Veterinario di I° livello Area C – Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (TEMPO DETERMINATO)	TEMPO PIENO
ASL della Provincia di Milano N° 2, Distretto di Melzo. Dipartimento di Prevenzione Veterinario	16/11/2006	31/12/2015	Dirigente Veterinario di I° livello incarico a tempo indeterminato Area C – Servizio Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche	TEMPO PIENO
Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano Distretto Veterinario Adda- Martesana	01/01/2016	31/03/2019	Veterinario Dirigente Fascia C1 – Alta Specializzazione Area C – Servizio Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche	TEMPO PIENO
Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano Dipartimento Veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	01/04/2019	tutt'oggi	Responsabile della UOS Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche Area C – Servizio Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche Distretto Veterinario Adda- Martesana	TEMPO PIENO
Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano Dipartimento Veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	01/02/2021	tutt'oggi	Direttore F.F. del Distretto Veterinario Adda Martesana	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**

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)
Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano Dipartimento Veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	01/04/2019	tutt'oggi	Responsabile della UOS Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche Area C – Servizio Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche Distretto Veterinario Adda-Martesana	TEMPO PIENO
Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano Dipartimento Veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	01/02/2021	tutt'oggi	Direttore F.F. del Distretto Veterinario Adda Martesana	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".

**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.
Tipologia contratto:				
<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> .Co.Co.co				
<input type="checkbox"/> <i>Consulenza/ Collaborazione Occasionale</i>				
ASL della Provincia di Milano N° 2, Distretto di Melzo	09/03/2006	16/11/2006	Veterinario Ufficiale Area C – Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	35 ore

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

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

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

presso STRUTTURE PRIVATE

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

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

"Eurogen Srl" Via Roma, Cassina de' Pecchi - MI	01/09/1993	01/09/1995	Medico Veterinario/ Attività tecnica di laboratorio	30 ore
---	------------	------------	---	--------

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 _____

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 affinenti 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	"IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	09/03/2011
Durata	Giorni <u>1</u> ore
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"SIV - PROCEDURE DI UTILIZZO DEI SISTEMI INFORMATIVI VETERINARI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	16-03-2012
Durata	Giorni <u>1</u> ore
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.3:

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	"PROGRAMMAZIONE PIANI DI CONTROLLO, STATO DI AVANZAMENTO E CRITICITÀ"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	23-03-2012 / 30-11-2012
Durata	Giorni <u>2</u> ore
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.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	"CONTROLLI, ISPEZIONI, AUDIT IN ATTUAZIONE AGLI STANDARD REGIONALI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	08-11-2012 / 15-11-2012
Durata	Giorni <u>2</u> 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.5:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"PROCEDURE DI VERBALIZZAZIONE E SANZIONAMENTO"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	24/10/2013
Durata	Giorni <u>1</u> 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.6:

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	"I BISOGNI DI SALUTE: LA ASL E IL SUO TERRITORIO"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	29/11/2013
Durata	Giorni _____ 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 checked="" 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	"STATO DI APPLICAZIONE MANUALE OPERATIVO STANDARD DVP ED EVENTUALI SPUNTI PER LA REVISIONE"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	04/12/2013
Durata	Giorni <u>1</u> ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

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

N.8:

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	"2 ^a CONFERENZA DEI SERVIZI: "ASL TRA PRESENTE E FUTURO"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	24/10/2014
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____
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.9:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"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	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	18/12/2014
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.10:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"AGGIORNAMENTI IN MATERIA DI PROCEDURE AMMINISTRATIVE, VERBALIZZAZIONE, SANZIONI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	03/10/2014
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____
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:

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	"STATO DELL'ARTE IN MATERIA DI STANDARD REGIONALI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2

Data	28/11/2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.12:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"AUTOEFFICACIA, COMPONENTE IMPORTANTE DELLA FIDUCIA IN SE STESSI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	09/10/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.13:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"3° CONFERENZA DEI SERVIZI DELLA ASL MILANO 2 - ASL E INNOVAZIONE: UN BINOMIO INSCINDIBILE"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	02/10/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore _____
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.14:

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	"3° CONFERENZA DEI SERVIZI DELLA ASL MILANO 2 - L'EVOLUZIONE DEL WELFARE IN LOMBARDIA"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	02/10/2015
Durata	Giorni _____ ore _____
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.15:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"LA COMUNICAZIONE UFFICIALE NELL'AMBITO PROFESSIONALE"

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2
Data	30/10/2015
Durata	Giorni _____ l _____ ore _____
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)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"EMERGENZE EPIDEMICHE: APPROCCIO TEORICO E CASI SIMULATI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	01/07/2016
Durata	Giorni _____ l _____ ore _____
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)	x CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"SANITA' PUBBLICA VETERINARIA: TEMATICHE EMERGENTI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	28/10/2016
Durata	Giorni _____ l _____ ore _____
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)	x CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"FORMAZIONE AI SENSI DELLA DGR X/4702/2015, IN CONFORMITA' ACCORDO STATO-REGIONI, PARTE PRIMA"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	24/03/17
Durata	Giorni _____ l _____ ore _____
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)	x CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
--	--

Titolo dell'evento	"FORMAZIONE AI SENSI DELLA DGR X/4702/2015, IN CONFORMITA' ACCORDO STATO-REGIONI, PARTE SECONDA"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	17/03/17
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> </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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"FORMAZIONE AI SENSI DELLA DGR X/4702/2015, IN CONFORMITA' ACCORDO STATO-REGIONI, PARTE TERZA"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	12/05/17
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> </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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE ALL'INTERNO DELL'ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	27/03/17
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> </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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"RESTITUZIONE DVR (LA VALUTAZIONE DEI RISCHI NEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA)."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	10/05/17
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> </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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"L'ATTIVITA' ISPETTIVA DEI PUBBLICI DIPENDENTI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	11/05/17
Durata	Giorni _____ l _____ ore _____
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"LA GESTIONE DEI RIFIUTI NELLE ATTIVITA' SANITARIE LA NORMATIVA E GLI OBBLIGHI DI BASE 2017 MILANO ATS CITTA' METROPOLITANA"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	14/09/17
Durata	Giorni _____ l _____ ore _____
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"SICUREZZA INFORMATICA: SENSIBILIZZAZIONE E CONSAPEVOLEZZA"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	15/11/17
Durata	Giorni _____ l _____ ore _____
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"IL TIME MANAGEMENT: LA GESTIONE DELL'AGENDA E DELLE PRIORITA'"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	01/12/17
Durata	Giorni _____ l _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - 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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRIVACY IN ATS MILANO: ORGANIZZAZIONE, RUOLI E STRUMENTI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	05/03/18
Durata	Giorni _____ _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	Si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 27:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 2018"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Società Italiana di Sanità Pubblica Veterinaria
Data	12/04/18 24/05/18
Durata	Giorni 6 _____ ore _____
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. 28:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"FORMAZIONE IN MATERIA DI GESTIONE RIFIUTI SPECIALI/SANITARI, PERICOLOSI E NON. RIFIUTI INGOMBRANTI".
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	10/10/2018
Durata	Giorni _____ _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 29:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"SMART WORKING"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	29/04/2019

Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> </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)	x CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO E METODOLOGIA DI VALUTAZIONE"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	30/04/19
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> </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)	x CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN ATS MILANO: IL REGOLAMENTO UE 2016/679"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	17/07/19
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> </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. 32:

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	"IL CONFLITTO DI INTERESSI E LE SCELTE COMPORTAMENTALI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	10/09/19
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> </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. 33:

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	"LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 2019."
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	<i>Società Italiana di Sanità Pubblica Veterinaria</i>
Data	12/09/19 - 24/10/19
Durata	Giorni <u>6</u> ore
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. 34:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"IL CONTROLLO NELL'ESECUZIONE DEI CONTRATTI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	<i>ATS Milano Città Metropolitana</i>
Data	01/10/19
Durata	Giorni <u>1</u> ore
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. 35:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI, TRACES, ALLERTA: AGGIORNAMENTI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	<i>ATS Milano Città Metropolitana</i>
Data	25/10/19
Durata	Giorni <u>1</u> ore
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"/>

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	"COMUNICARE IN MODO PERSUASIVO ED EFFICACE"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	<i>ATS Milano Città Metropolitana</i>
Data	28/11/19
Durata	Giorni <u>1</u> ore
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. 36:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"GESTIONE DI DATA BREACH E INCIDENTI DI SICUREZZA"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	2020
Durata	Giorni _____ _____ ore _____
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 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

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

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Data 31/05/2021

Firma 

Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.