

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

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

La sottoscritta Beatrice Castelli
nata a Firenze il 17/05/1974

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

TITOLI DI STUDIO

(laurea/specializzazione/master universitari (I e II livello) / dottorato di ricerca/Corsi Perfezionamento Universitari)

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso Università
Laurea in Medicina e Chirurgia	16/10/2000 Durata 6 anni	Università degli Studi di Milano
Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva	09/11/2004 Durata 4	Università degli Studi di Milano
Dottorato di Ricerca in Sanità Pubblica	19/02/2008 Durata 3	Università 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	The importance of respecting accreditation indicators to improve quality of care	12-16 October 2020 16TH WORLD CONGRESS ON PUBLIC HEALTH 2020
2	Activation of 574 new Alzheimer's special care unit beds in the Metropolitan City of Milan	12-16 October 2020 16TH WORLD CONGRESS ON PUBLIC HEALTH 2020

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)
ATS Città Metropolitana di Milano (già ASL Città di Milano, già ASL di Milano)	01/03/2006	oggi	Dirigente Medico – Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica a tempo indeterminato	38 ore settimanali

Interruzione dal servizio: dal 17.09.2012 al 28.09.2012 Motivo: aspettativa non retribuita per gravi motivi familiari.

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)
ATS Città Metropolitana di Milano	01/11/2020	oggi	Direttore UOC Accreditamento Strutture Sociosanitarie (tempo det.)	Gestione di tutte le fasi di messa in esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie; verifica del possesso di tutti i requisiti di esercizio e accreditamento delle strutture sociosanitarie anche con il supporto di altre UO; verifica del possesso dei requisiti soggettivi del Legale Rappresentante e dell'Ente Gestore; predisposizione degli atti per nuovi accreditamenti, modifiche trasferimenti dell'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie ad altro soggetto giuridico; aggiornamento dei gestionali regionali (es. AFAM) e dei dato base di agenzia; gestione del processo di acquisizione, verifica, invio di scheda struttura delle UdO sociosanitarie e successiva analisi ed elaborazione dei dc ricavati da scheda struttura con produzione di report.
ATS Città Metropolitana di Milano	01/12/2019	31/10/2020	Direttore F.F. UOC Accreditamento Strutture Sociosanitarie	Gestione di tutte le fasi di messa in esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie; verifica del possesso di tutti i requisiti di esercizio e accreditamento delle strutture sociosanitarie anche con il supporto di altre UO; verifica del possesso dei requisiti soggettivi del Legale Rappresentante e dell'Ente Gestore; predisposizione degli

				atti per nuovi accreditamenti, modifiche trasferimenti dell'accredimento delle unità d'offerta sociosanitarie ad altro soggetto giuridico; aggiornamento dei gestionali regionali (es. AFAM) e dei dati base di agenzia; gestione del processo di acquisizione, verifica, invio di scheda struttura delle UdO sociosanitarie e successiva analisi ed elaborazione dei dati ricavati da scheda struttura con produzione di report.
ATS Città Metropolitana di Milano	01/11/2017	oggi	Responsabile UOS Accreditazione Strutture Residenziali	Responsabile della unità operativa semplice, afferente alla UOC Accreditazione Strutture Sociosanitarie, che gestisce tutti i procedimenti di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta residenziali della rete sociosanitaria articolata sull'intero territorio di ATS Città Metropolitana di Milano, in ambito di gestione della procedibilità delle SCIA, dei provvedimenti di accreditamento, voltura, autorizzazione definitiva, sospensioni/decadenze dell'accredimento, riconoscimento di Ente Unico. L'attività è estesa anche alla UOS Accreditazione strutture a ciclo diurno in quanto il responsabile è assente per comando presso altra ATS
ATS Città Metropolitana di Milano (già ASL di Milano)	01/10/2013	31/10/2017	Responsabile SS Accreditazione e Verifiche Strutture Rete Sociosanitaria	Responsabile della struttura semplice afferente alla SC Accreditazione e Vigilanza Sociosanitaria che gestisce tutti i procedimenti di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie a partire dalla valutazione della documentazione allegata alle SCIA fino alla stesura dei provvedimenti di accreditamento, voltura, autorizzazione definitiva, sospensioni/decadenze dell'accredimento, riconoscimento di Ente Unico, raccordandosi con le équipes che si occupano delle verifiche dei requisiti di esercizio e accreditamento organizzativi gestionali e strutturali e tecnologici

Interruzione dal servizio: nessuna interruzione nel corso degli incarichi di responsabilità sopra declinati

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

**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 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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FSC-Gruppi di miglioramento
Titolo dell'evento	Approfondimenti normativi in materia di autorizzazione e di accreditamento sociosanitario
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE e Responsabile Scientifico
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	dal 15/09/2020 al 24/11/2020
Durata	Giorni 6 ore 12
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" 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"/> FSC-Gruppi di miglioramento
Titolo dell'evento	L'attività di accreditamento delle strutture sociosanitarie

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE e Responsabile Scientifico
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 30/05 al 28/11/2019
Durata	Giorni 10 ore 20
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 type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.3:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FSC-Gruppi di miglioramento
Titolo dell'evento	L'attività di accreditamento delle strutture sociosanitarie
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE e Responsabile Scientifico
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	28/05/2018 – 29/11/2018
Durata	Giorni 10 ore 20
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 type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.4:

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	"Scheda struttura 2018 – dati 2017" – 5 eventi dedicati all'analisi, criticità, e valutazioni delle schede struttura organizzati con tutti i gestori di tutte le tipologie delle unità d'offerta sociosanitarie presenti sull'intero territorio di ATS Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	22/03/2019 – 26/03/2019 -05/04/2020 – 11/04/2019- 12/04/2019
Durata	Giorni 5 ore 15
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. 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	Relazione "Il sistema sociosanitario: il procedimento di autorizzazione e

	accreditamento" nell'ambito del corso "Le funzioni di ATS per la governance del sistema dell'offerta sociosanitaria e sociale, pubblica e privata accreditata, e gli strumenti di regolazione attraverso l'accreditamento e la contrattazione"
In qualità di	x RELATORE □ PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Pavia
Data	25/11/2020
Durata	4 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no □
Specificare se con test o esame finale	si X - no □

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 complessive 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 complessive insegnamento
////	////	////	////

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

//////

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

//////

Data 07/07/2021

Firma Beatrice Colli

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.