

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

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il sottoscritto LOMBARDI ALBERTO
nato a RHO il 08/04/1970
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 Brianza, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

TITOLI DI STUDIO

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso Università
LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA	27/03/1996 Durata <u>6</u> anni	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN GERIATRIA E GERONTOLOGIA	07/11/2000 Durata <u>4</u> anni	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni:

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	Rivista	DATA PUBBLICAZIONE
1	Il Diabete Mellito di Tipo 2, Oggi e Domani...	Il Sole 24 Sanità	06/05/2019
2	HPV Vaccination Concepts in the Reality of Today	Journal of Vaccines & Vaccination Impact Factor 3.143	22/03/2019
3	HPV e CANCRO Sorveglianza e controllo delle patologie HPV-correlate: l'impegno della comunità scientifica e delle autorità sanitarie.	Il Sole 24 Sanità	05/11/2018
4	Antimicrobico Resistenza: una emergenza in continuo	Il Sole 24 Sanità	28/11/2017
5	Dalla Vaccine Hesitancy alla Vaccine Recovery	Il Sole 24 Sanità	21/11/2017
6	Immunoncologia: Innovazione e Personalizzazione Terapeutica	Il Sole 24 Sanità	14/11/2017
7	Prevenzione oncologica con il vaccino del Papillomavirus Umano: domande, e...risposte	Il Sole 24 Sanità	07/11/2017

8	Human papillomavirus 9-valent vaccine for cancer prevention: a systematic review of the available evidence	Epidemiol Infect Impact Factor 2.075	27/04/2017
9	Valore medico, economico e sociale della vaccinazione HPV: presente e futuro		11-17/10/2016
10	Improving nutritional guidelines for sustainable health policies	The Economist Intelligence Unit Healthcare	01/07/2016
11	Public health value of universal HPV vaccination	Critical Reviews in Oncology/Hematology Impact Factor 5.833	01/01/2016
12	Immunoncologia: la nuova frontiera nella lotta ai tumori	Il Sole 24 Sanità	17-23/11/2015
13	Towards the eradication of HPV infection through universal specific vaccination	BMC Public Health Impact Factor 3.18	11/07/2013
14	La vaccinazione contro HPV: un passo avanti nel ridurre diseguaglianze nella società	Il Sole 24 Sanità	11/12/2012
15	Considerations for early acute myocardial infarction rule-out for emergency department chest pain patients: the case of copeptin	Clin Chem Lab Med Impact Factor 3.556	06/01/2012
16	Protezione della salute del cittadino nella società: Il modello HPV	Il Sole 24 Sanità	18-24/05/2010

NO
ULTIMI
10 ANNI

Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA presso STRUTTURE PUBBLICHE

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento) Tipologia di prestazioni erogate	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
ASL Provincia di Como	01/10/2011	13/02/2014	Qualifica: Medico Dirigente, Dipartimento Dipendenze – SERT Appiano Gentile. Prestazioni: 1) gestione e organizzazione a livello provinciale delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza da sostanze illegali e dei comportamenti di dipendenza non mediati da sostanze nonché delle patologie ad essi correlate; 2) garantire l'erogazione delle prestazioni e delle attività del servizio pubblico finalizzate alla tutela della salute fisica, psichica e relazionale nei confronti di soggetti con disturbo di abuso e dipendenza assicurando la disponibilità dei principali trattamenti nei diversi contesti logistici; 3)	Tempo pieno

			<p>prevenire la diffusione dell'abuso di sostanze legali e illegali e dei comportamenti di dipendenza.</p> <p>Direttore Dipartimento Dipendenze dott.ssa Raffaella Olandese; Direttore Socio Sanitario Rag. Giuseppe Inì</p> <p>Casistica: circa 100 tossicodipendenti direttamente seguiti</p>	
ASL Milano 2 di Melegnano	14/02/2014	31/12/2015	<p>Qualifica: Medico Dirigente - U.O.C. Accreditamento Vigilanza e Controllo.</p> <p>Prestazioni: Controlli di appropriatezza e di vigilanza sui requisiti organizzativi, gestionali, tecnologici e strutturali, di esercizio delle strutture sociosanitarie e sociali. Accreditamento delle strutture sociosanitarie e sociali, a seguito di SCIA e CPE.</p> <p>Direttore Dipartimento ASSI dott. Silvano Casazza; Direttore Socio Sanitario dott. Salvatore Tagliata</p> <p>Casistica: nell'ambito della ex ASL Milano 2 di Melegnano insistevano 102 UDO, così divise: 5 ADI, 13 CDD, 11 CDI; 15 CF; 11 CSS; 2 Hospice; 21 RSA; 3 RSD; 6 SERT; 6 CTRR; 4 CTRR B.I.; 3 RIA; 2 C.I.</p>	Tempo pieno
ATS Milano Città Metropolitana	01/01/2016	Tuttora	<p>Qualifica: Medico Dirigente - U.O.C. Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie</p> <p>Prestazioni: Controlli di appropriatezza e di vigilanza sui requisiti organizzativi, gestionali, tecnologici e strutturali, di esercizio delle strutture sociosanitarie.</p> <p>Direttore UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie dott. Antonio Colaianni, Direttore Dipartimento PAAPSS dott.ssa Nadia Rossella Da Re</p>	Tempo pieno

			<p>Casistica: nell'ambito di ATS insistono 703 UDO, così divise: 51 ADI, 92 CDD, 67 CDI; 80 CF; 55 CSS; 24 Hospice; 161 RSA; 29 RSD; 22 SERT/SMI; 34 CTRR; 11 CTRR B.I.; 31 UCP-DOM; 30 RIA; 15 C.I.; 1 RIA Minori. Riporto il dato del 2019 dove è stata effettuata un'attività normale, su 1/3 delle strutture come da Piano dei Controlli 2019. Nel 2019 sono state effettuate 212 visite di vigilanza ordinaria e 170 per vigilanza straordinaria, per un totale di 382 visite e sono stati verificati 4.134 FASAS in appropriatezza.</p> <p>Nel 2020 si è svolta un'attività di vigilanza e appropriatezza straordinaria e nel territorio di ATS Milano sono state effettuati 271 sopralluoghi, 128 audit, sono stati analizzati 191 POG e visionati 670 FASAS. Queste attività del 2020 sono state condotte con équipe miste, con il personale di tutti e tre gli ambiti.</p>
--	--	--	--

**Incarichi di Responsabilità (ex art 18 e 27 CCNL 08.06.2000)
presso STRUTTURE PUBBLICHE**

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 Milano Città Metropolitana	01/10/2018	Tuttora	Responsabile Struttura Semplice	<p>Qualifica: Responsabile UOS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie – Milano EST.</p> <p>Prestazioni: controlli di appropriatezza e di vigilanza sui requisiti</p>

				<p>organizzativi, gestionali, tecnologici e strutturali, di esercizio e accreditamento delle strutture sociosanitarie. La UOS ha due sedi: Cernusco e Lodi.</p> <p>Casistica: nell'ambito Milano Est insistono 178 UDO, così divise: 10 ADI, 19 CDD, 16 CDI; 19 CF; 15 CSS; 3 Hospice; 41 RSA; 8 RSD; 9 SERT; 15 CTRR; 4 CTRR B.I.; 5 UCP-DOM; 3 UOCP; 7 RIA; 3 C.I.; 1 UOCP-DOM.</p> <p>Riporto il dato del 2019 dove è stata effettuata un'attività normale, su 1/3 delle strutture come da Piano dei Controlli 2019. Nel 2019 sono state effettuate 54 visite di vigilanza ordinaria e 48 per vigilanza straordinaria, per un totale di 102 visite e sono stati verificati 1.059 FASAS in appropriatezza. Il personale da me coordinato è composto da 12 persone. Il territorio dell'ambito Milano est è formato dal distretto Melegnano Martesana (53 comuni e 635.591 abitanti) e Lodi (62 comuni e 237.159 abitanti).</p>
--	--	--	--	---

Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA presso STRUTTURE PRIVATE

DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione Sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Qualifica di inquadramento e livello contrattuale C.C.N.L. di riferimento	Indicare la mansione svolta Tipologia di prestazioni erogate	Impegno orario settimanale
Istituto Palazzolo, Via Palazzolo 21, Milano Fondazione don Carlo Gnocchi	03/12/2001	05/03/2003	Medico Assistente Fascia A Sanità privata	Qualifica: Assistente Medico geriatra in reparto di medicina interna Prestazioni: Diagnosi e trattamento delle patologie internistiche Primario prof. Aldo Pisani Ceretti Casistica: 40 posti letto, con indice di saturazione del 98%; tempo di degenza media di circa 15 giorni	Tempo pieno
Istituto Palazzolo, Via Palazzolo 21, Milano Fondazione don Carlo Gnocchi	01/01/2002	05/03/2003	Medico Assistente Fascia A Sanità privata	Qualifica: Responsabile Ambulatorio di Geriatría Prestazioni: Diagnosi e trattamento delle patologie neurodegenerative Primario prof. Aldo Pisani Ceretti Casistica: in media 8 visite/settimana per circa 800 visite	Tempo pieno
Istituto Palazzolo, Via Palazzolo 21, Milano Fondazione don Carlo Gnocchi	01/01/2003	05/03/2003	Medico Assistente Fascia A Sanità privata	Qualifica: Responsabile Ambulatorio "Prevenzione e Cura dell'Aterosclerosi" Prestazioni: Diagnosi e trattamento delle dislipidemie Primario prof. Aldo Pisani Ceretti Casistica: in media 4 visite/settimana,	Tempo pieno

				per un totale di circa 400 visite	
Polo Geriatrico Riabilitativo, Via dei Lavoratori 133 Cinisello Balsamo	01/04/2003	21/07/2003	Medico Livello 8 038 Coop Sociali	Qualifica: Direttore Medico di RSA e IDR Prestazioni: Responsabile della corretta tenuta dei FASAS, dei rapporti con le istituzioni, dei flussi informativi verso ASL e Regione. Casistica: 67 posti letto in RSA e 83 posti di riabilitazione	Tempo pieno

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI
presso STRUTTURE PUBBLICHE**

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Qualifica di inquadramento e livello contrattuale C.C.N.L. di riferimento Tipologia di prestazioni erogate	Impegno orario settimanale
ASL Provincia di Como Via Pèssina 6, Como	01/09/2008	30/09/2011	Qualifica: Consulente medico U.O.C. Accreditamento Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie e Sociali, nell'ambito del Dipartimento Attività Socio-Sanitarie Integrate (ASSI). Direttore Dipartimento ASSI dott. Adriano Lunini; Direttore Socio Sanitario dott. Salvatore Tagliata Prestazioni: Controlli di appropriatezza e di vigilanza sui requisiti organizzativi, gestionali, tecnologici e strutturali, di esercizio delle strutture sociosanitarie e sociali. Accreditamento delle strutture sociosanitarie e sociali, a seguito di SCIA e CPE	30 ore

			<p>Casistica: di seguito l'universo delle UDO sociosanitarie vigilate: 46 RSA; 13 CDI; 7 RSD; 13 CDD; 8 CSS; 2 Hospice; 5 Riabilitazioni; 1 CI; 6 CTRR; 3 SERT; 11CF; 24 ADI. Ogni anno veniva effettuata la vigilanza sul 100% delle strutture per un totale di 139 strutture. La verifica de FASAS variava per ogn tipologia di UDO.</p>	
<p>Tipologia contratto:</p> <p><input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.co</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Consulenza</p>				

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI
presso STRUTTURE PRIVATE**

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	Impegno orario settimanale
Fondazione Giovanni Lorenzini, Viale Piave 35 – Milano e c/o SobelCo 50 Tice Boulevard, Suite 175 Woodcliff Lake, NY 07677 (USA)	01/06/2005	30/09/2011	<p>Qualifica: Coordinatore Scientifico</p> <p>Prestazioni: coordinare i progetti nazionali e internazionali inerenti pubblicazioni su riviste scientifiche nazionali e internazionali; programma di congressi nazionali e internazionali; rapporti con Ministero della Salute e ISS a Roma, con European Heart Network nella UE, con International Atherosclerosis Society che raggruppa 54 Paesi nel mondo.</p> <p>Presidente prof. Rodolfo Paoletti</p> <p>Casistica: 9 pubblicazioni su riviste internazionali e 1 su</p>	15 ore

			rivista nazionale; 32 congressi, la maggior parte internazionali	
Tipologia contratto:				
<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.co				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				
Fondazione San Riccardo Pampuri Via Dante 4 - Morimondo	01/07/2004	31/12/2004	Qualifica: Direttore Medico Prestazioni: Responsabile della corretta tenuta dei FASAS, dei rapporti con le istituzioni, dei flussi informativi verso ASL e Regione. Casistica: 58 posti letto	20 ore
Tipologia contratto:				
<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.co				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

**BORSA DI STUDIO
CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA**

Tipologia	Ente erogatore	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine gg/mm/aa
Borsa di Studio	Guidotti Farmaceutica	Gestione dell'Ambulatorio Malattie Metaboliche dell'ospedale Policlinico di Milano. Direttore prof. Carlo Vergani Coordinare i medici presenti, rapporto con i reparti, rilascio di esenzioni per patologia, diagnosi e trattamento per le dislipidemie. L'ambulatorio aveva una casistica di circa 10.000 pazienti.	DA 01/01/2001 A 30/11/2001

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

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"/> Formazione Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Contitolari e Responsabili esterni del trattamento dei dati personali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	16/06/2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</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.2:

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	Anedonia e invecchiamento nel paziente con depressione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	29/04/2021
Durata	Giorni <u>1</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.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	La dieta chetogenica: definizione e applicazioni cliniche nel paziente con eccesso di peso
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	29/04/2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>15</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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Telemedicina: gli ingredienti indispensabili per una gestione a distanza dei pazienti efficace ed efficiente
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	28/04/2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</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 checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	L'intervento telefonico in sanità pubblica strutturato secondo le competenze di base del counselling
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Superiore di Sanità
Data	13/04/2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>16</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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> Formazione Residenziale Classica
Titolo dell'evento	La gestione delle idoneità lavorative complesse, ruolo di dirigenti 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 Milano Città Metropolitana
Data	23/11/2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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.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"/> Formazione Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Antibiotico terapia sul territorio: prevenzione e trattamento delle infezioni correlate all'assistenza in RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	18/11/2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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.8:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> Formazione Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Sbagliando si impara: trasformare l'errore e generare progresso
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	16 e 17/11/2020
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>6</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.9:

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 Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Attività di vigilanza e controllo: attività e competenze multidisciplinari in un contesto in trasformazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 22/10/2020 al 26/11/2020
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>6</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.10:

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	Nuovo coronavirus: tutte le informazioni indispensabili
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	20/07/2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>FAD</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.11:

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	COVID 19: guida pratica per operatori sanitari
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	20/07/2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>FAD</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.12:

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	L'uso di farmaci nel COVID 19
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	20/07/2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>FAD</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.13:

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	Conoscere e prevenire il rischio contagio da COVID 19
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 07/07/2020 al 31/12/2020
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> 2 </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.14:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> Formazione Residenziale Classica
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	Dal 15/06/2020 al 31/12/2020
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> 1 </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.15:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La certificazione medica: istruzioni per l'uso
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	13/12/2019
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> FAD </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.16:

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	La salute medica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	12/12/2019
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> FAD </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.17:

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	Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	06/12/2019
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> FAD </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.18:

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	La salute globale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	05/12/2019
Durata	Giorni__1____ ore__FAD_____
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.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"/> Formazione Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Comunicare in modo persuasivo ed efficace
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 28/11/2019 al 31/12/2019
Durata	Giorni__1__ ore__1_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.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"/> Formazione Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Attività di vigilanza e controllo: attività e competenze multidisciplinari in un contesto in trasformazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	25-27 novembre 2019
Durata	Giorni__2__ 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 checked="" type="checkbox"/> - 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	Strumenti per il benessere organizzativo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	18/11/2019
Durata	Giorni__1____ ore__2_____
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.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	Formazione particolare aggiuntiva per il preposto
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	AiFOS
Data	18/11/2019
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 checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.23:

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 Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Premio qualità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	14/11/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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.24:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione Residenziale Classica
Titolo dell'evento	La responsabilità dei pubblici accertatori
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	12 e 22 novembre 2019
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.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"/>
Titolo dell'evento	La gestione del dolore e del fine vita
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	17/10/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</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.26:

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 Residenziale Classica
Titolo dell'evento	La gestione delle idoneità lavorative complesse. Ruolo di dirigenti 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 Milano Città Metropolitana
Data	10/10/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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.27:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	Processi di lavoro e comportamenti professionali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 03/10/2019 al 25/10/2019
Durata	Giorni <u>3</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.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	Il controllo nell'esecuzione dei contratti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 01/10/2019 al 31/12/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1</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.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	Il conflitto di interesse e le scelte comportamentali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 10/09/2019 al 31/12/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1</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.30:

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 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 Milano Città Metropolitana
Data	Dal 17/07/2019 al 31/12/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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.31:

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 Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Processi di lavoro interaziendale per l'appropriata presa in carico nei servizi per le cure palliative
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	27/06/2019 e 3-4/07/2019
Durata	Giorni <u>3</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.32:

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 Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Aggiornamenti e approfondimenti in materia di conflitto di interessi, attività extra-istituzionale e libera professione, nelle pubbliche amministrazioni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	20/06/2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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 type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione Residenziale Classica
Titolo dell'evento	Legge Gelli. Aggiornamento in tema di responsabilità sanitaria e sicurezza delle cure.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	13/06/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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 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	Dal 29/04/2019 al 31/12/2019
Durata	Giorni__1_____ ore__2_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.35:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Saremo ATS
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	09/04/2019
Durata	Giorni__1_____ ore__4_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.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	Utente documentale. Sostituzione protocollo informatico. Utilizzo applicativo Archiflow
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	16/01/2019
Durata	Giorni__1_____ ore__3_____
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.37:

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	Appropriatezza della diagnostica per immagini
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 04/01/2019 al 31/12/2019
Durata	Giorni__1_____ ore__3_____
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.38:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Cronicità tra cura e prevenzione: il nuovo modello di gestione in Lombardia e il ruolo di ATS e dei suoi operatori

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 01/12/2018 al 31/12/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1</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.39:

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	Rischio stress lavoro correlato e metodologia di valutazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 01/11/2018 al 31/12/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</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.40:

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	L'attività ispettiva dei pubblici dipendenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	25/10/2018
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.41:

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	La gestione documentale in ATS Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	17/10/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</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.42:

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	La gestione dei medicinali e la corretta tenuta dei registri in RSA/RSD e Strutture di Cure Intermedie
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	15/10/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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.43:

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	Consensus sull'alimentazione nei primi mille giorni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	14/06/2018
Durata	Giorni__1_____ ore__5_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.44:

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	Crescere nel cyberbullismo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 11/09/2018 al 31/12/2018
Durata	Giorni__1_____ ore__3_____
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.45:

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 nuova norma ISO 9001: 2015: Applicazione nell'organizzazione di ATS
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	14/06/2018
Durata	Giorni__1_____ ore__8_____
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.46:

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 preposto nel sistema di prevenzione e protezione aziendale: poteri, doveri, responsabilità. Consapevolezza del ruolo e comunicazione.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	28/05/2018
Durata	Giorni__1_____ ore__8_____
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.47:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	Qualità della vita in RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	23/05/2018; 30/05/2018; 05/06/2018; 03/07/2018
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>20</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.48:

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	Il FASAS informatizzato
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	26/03/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</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.49:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Prescrizione appropriata di farmaci per patologie croniche
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	21/03/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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.50:

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	Sicurezza informatica in ambito sanitario
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 19/03/2018 al 31/12/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</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.51:

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	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	Dal 05/03/2018 al 31/05/2018
Durata	Giorni ___1___ ore ___1___
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.52:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La gestione informatizzata della documentazione degli utenti nelle unità di offerta sociosanitarie
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	15/12/2017
Durata	Giorni ___1___ ore ___4___
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.53:

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	"Presenza in carico dei pazienti cronici" Applicazione delle DGR n°6164 X del 30 gennaio 2017 e deliberazione X/6551 del 4 maggio 2017
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 20/11/2017 al 31/12/2017
Durata	Giorni ___1___ ore ___1___
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.54:

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	Dal 15/11/2017 al 31/12/2017
Durata	Giorni ___1___ ore ___1___
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.55:

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	Qualità della vita in RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	15/11/2017
Durata	Giorni ___1___ ore ___7___

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.56:

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 all'utilizzo di protocollo ASP per la gestione documentale con il ruolo di utente documentale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	14/11/2017
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> 2 </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.57:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	Aggiornamento sulla verifica dei requisiti strutturali e tecnologici nelle strutture socio-sanitarie e sociali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 27/10/2017 al 30/11/2017
Durata	Giorni <u> 4 </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.58:

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 sanzioni amministrative nella nuova ATS.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	02/10/2017
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> 7 </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.59:

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 inerente l'adozione dei provvedimenti deliberativi e delle determinazioni dirigenziali nell'ATS di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	01/10/2017
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> 2 </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.60:

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	Lavoro d'ufficio: manteniamoci in forma!
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	Dal 18/09/2017 al 30/11/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>5</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.61:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	Modalità operative per la verifica di appropriatezza delle UdO sociosanitarie
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	27 settembre 2017; 5-12-19 ottobre 2017
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>12</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.62:

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	Qualità della cura e della vita in RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	20/04/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</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.63:

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 Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
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 <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.64:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	Equipe integrate per la programmazione e la gestione dell'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza nelle U.D.O. sociosanitarie
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	27/03/2017; 28/04/2017; 10/05/2017; 07/06/2017; 20/09/2017; 11/10/2017; 08/11/2017; 04/12/2017
Durata	Giorni <u>8</u> ore <u>24</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.65:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	L'attuazione della L.R. 23/2015 sul territorio dell'ATS della Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	03/01/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1</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.66:

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	Il malessere del benessere: quindici anni insieme
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASST Bergamo Ovest
Data	12/11/2016
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>5</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.67:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	Effetti motivazionali organizzativi della costituzione ATS Città Metropolitana di Milano sul gruppo afferente alla UOC Accreditamento, Vigilanza e Controllo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	05/07/2016; 13/09/2016; 04/10/2016; 08/11/2016; 06/12/2016
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>10</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.68:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	Procedure di lavoro di vigilanza delle UDO sociosanitarie
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	27/06/2016; 11/07/2016; 12/09/2016; 10/10/2016; 28/11/2016
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>10</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 type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.69:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	PROCEDURE DI LAVORO RELATIVE AL CONTROLLO APPROPRIATEZZA IN AMBITO SOCIO SANITARIO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano Città Metropolitana
Data	13 e 23 giugno 2016; 16 e 29 settembre 2016; 10 e 24 ottobre 2016; 7 e 21 novembre 2016; 5 e 15 dicembre 2016
Durata	Giorni <u>10</u> ore <u>20</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 type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.70:

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	MIGLIORAMENTO DELLE ABILITA' NELL'UTILIZZO DI WORD ED EXCEL
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 2
Data	10 e 12 dicembre 2015
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.71:

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	ASL Milano 2
Data	02710/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</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.72:

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	"DIPENDENZE E TERRITORIO - 30 ANNI DI INTERVENTO NELL'ADDA MARTESANA" IX CONVEGNO DIPARTIMENTALE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 2
Data	24/09/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</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.73:

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	LA GESTIONE DI BANDI REGIONALI IN AMBITO SOCIO SANITARIO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 2
Data	17/09/2015
Durata	Giorni <u>1</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.74:

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	Team Working
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 2
Data	09/06/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</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.75:

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	Le lesioni da decubito: un tema ancora attuale?
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Humanitas Research Hospital
Data	23/06/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</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.76:

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	L'ANZIANO E IL CIBO: EQUILIBRIO TRA SIMBOLO DI GRATIFICAZIONE E SCELTE SALUTARI.

In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 2
Data	31/03/2015
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> 5 </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.77:

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	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	ASL Milano 2
Data	18/12/2014
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> 4 </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.78:

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^ CONFERENZA DEI SERVIZI: "IL PATTO DELLA SALUTE"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 2
Data	24/10/2014
Durata	Giorni <u> 1 </u> ore <u> 4 </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.79:

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	Le sanzioni amministrative nell'ambito della vigilanza delle UDO sociosanitarie e sociali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 2
Data	29 settembre 2014 e 6 ottobre 2014
Durata	Giorni <u> 2 </u> ore <u> 18 </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.80:

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 VALUTAZIONE CON LO STRUMENTO INTERRAI HOME CARE (VAOR HOME CARE) XX EDIZIONE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Provincia di Lodi
Data	17 e 25 giugno 2014
Durata	Giorni <u> 2 </u> ore <u> 14 </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.81:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	XXX Congresso Nazionale AIDM. Medicina di Genere: realtà e Prospettive
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Age.na.s.
Data	12/03/2010
Durata	Giorni <u>12</u> e <u>13</u> marzo 2010 ore <u>14</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"/>

Ulteriori attività

DESCRIZIONE
Dal 1 Gennaio 2008 al 31 Dicembre 2010: Membro della Commissione per le patologie cardiocerebrovascolari, Assessorato Sanità, Regione Lombardia, Via Pola 9 Milano
17 Marzo 2014: Presidente di Commissione per affidamento gestione RSA e CDI di Rozzano, di proprietà della Asl Mi 2. Delibera ASL Mi 2 n° 105 del 17/03/2014
15 Maggio 2015: Membro di commissione per affidamento gestione RSA di Bollate, su incarico della Società/Ente Gaia Servizi di Utilità Sociale (società interamente partecipata dal Comune di Bollate). Richiesta Gaia Sus srl, prof. n° 1443 del 15/05/2015
4 Marzo 2021: Membro di commissione per la valutazione di manifestazione di interesse finalizzata all'acquisizione di candidature per la contrattualizzazione di attività di ADI rivolta a persone non vedenti da parte di enti gestori accreditati con comprovata esperienza nell'assistenza alle persone non vedenti. Delibera di ATS Città Metropolitana di Milano n° 190 del 04/03/2021
13 Aprile 2021: Membro di commissione per la valutazione di manifestazione di interesse rivolta agli enti gestori di ADI e Cure Palliative domiciliari, accreditati e a contratto o non a contratto con l'ATS della Città Metropolitana di Milano, per la collaborazione nell'attuazione del piano vaccinale in regime domiciliare per la prevenzione delle infezioni da SARS-COV 2. Delibera del Direttore Generale di ATS Città Metropolitana di Milano n° 333 del 13/04/2021

Data 30/06/2021
Firma Alberto Lombardi

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.