

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA
"UOC IGIENE URBANA VETERINARIA".**

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE redatto ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 484/1997

Il sottoscritto Lipari Antonino
nato a Motta d' Affermo (ME) il 27/10/1971
presenta il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda on line 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 D.P.R. 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 iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Veterinari della provincia di Milano dal 09/02/2006 n. iscrizione 02962

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

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

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso Università
Laurea in Medicina Veterinaria	05/11/1999 Durata 5 anni	Università degli Studi di Messina
Specializzazione in Ispezione degli Alimenti di Origine Animale	11/07/2003 Durata 3 anni	Università degli studi di Pisa
Corso di perfezionamento in Sanità Pubblica Veterinaria in Aree Montane	21/10/2001 Durata 8 mesi	Università degli Studi di Messina
Corso di perfezionamento in Legislazione Veterinaria: dall' Area Funzionale di Igiene degli Alimenti di Origine Animale	18/03/2005 Durata 6 mesi	Università degli Studi di Milano facoltà di Medicina Veterinaria
Corso di perfezionamento in Legislazione Veterinaria: dall' Area Funzionale di Igiene degli Alimenti di Origine Animale	25/06/2010 Durata 6 mesi	Università degli Studi di Milano facoltà di Medicina Veterinaria

Solo se il titolo di studio è stato conseguito all'estero indicare gli estremi dell'atto di riconoscimento.

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

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI
(la produzione scientifica deve essere pubblicata su riviste italiane o straniere e deve essere strettamente pertinente alla disciplina bandita)

Seguire attentamente le istruzioni:

Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice. Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo. Indicare solo le pubblicazioni degli ultimi dieci anni e affinenti all'incarico per cui si concorre.

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

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

Seguire attentamente le istruzioni:

**SERVIZI PRESTATI CON RAPPORTO DI DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)
PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**

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

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
Azienda Sanitaria Locale Milano – Corso Italia 19-20122 Milano (MI)	01 luglio 2009	30 giugno 2010	Dirigente Veterinario Area Igiene degli Alimenti di Origine Animale	Tempo determinato Tempo pieno
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1 – via Donatore di Sangue 50- 20013 – Magenta (MI)	01 luglio 2010	31 dicembre 2015	Dirigente Veterinario Area Sanità Animale	Tempo indeterminato Tempo pieno
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano Distretto Veterinario Ovest Milanese- sede Magenta	01 gennaio 2016	31 gennaio 2021	Dirigente Veterinario Area Sanità Animale	Tempo indeterminato Tempo pieno
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano Dipartimento Veterinario sede Segrate	01 febbraio 2021	31 gennaio 2026	Dirigente Veterinario Area Sanità Animale -Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale	Tempo indeterminato Tempo pieno

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

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

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

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

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

**INCARICHI DI RESPONSABILITÀ (ex art 18 e 27 CCNL 08.06.2000)
PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**

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

ENTE Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)	Denominazione Incarico
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1/ A.T.S. Città Metropolitana di Milano	12 novembre 2015	11 novembre 2018	Dirigente Veterinario con incarico professionale di alta Specializzazione C1	Referente ASL dei controlli di condizionalità
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano	17 dicembre 2018	31 gennaio 2021	Dirigente Veterinario Area Sanità Animale con incarico professionale di alta specializzazione	Supporto alla gestione delle attività di sanità pubblica veterinaria inerenti lo sanità animale"
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano	01 febbraio 2021	31/01/2026	Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale	Anagrafi Zootecniche e Bonifica Sanitaria
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano	18 maggio 2022	08 agosto 2022	Referente pro tempore Direttore UOC SA	UOC Sanità Animale

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

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

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

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

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

**servizi prestati con RAPPORTO DI DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)
PRESSO STRUTTURE PRIVATE**

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

DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione Sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale Indicare il C.C.N.L. di riferimento	Indicare la mansione svolta/specifica esperienza svolta	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)

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

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

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

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

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

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

presso STRUTTURE PUBBLICHE

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

Azienda Sanitaria Locale Modena	DAL 02/05/2006	AL 30/04/2007	Veterinario Libero Professionista Area Igiene degli Alimenti di Origine Animale – presso macello Italcarni di Carpi (Mo)	12 ore settimanali
------------------------------------	-------------------	------------------	--	--------------------

Tipologia contratto: Libero Professionale Co.Co.co Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Azienda Sanitaria Locale Milano	DAL 01/12/2008	AL 31/05/2009	Veterinario Libero Professionista Area Igiene degli Alimenti di Origine Animale	878 ore totali
------------------------------------	-------------------	------------------	--	----------------

Tipologia contratto: Libero Professionale Co.Co.co Consulenza/ Collaborazione Occasionale

ENTE NAZIONALE PROTEZIONE ANIMALE	DAL 01/10/2006	AL 31/01/2008	Attività clinica presso la sede di via Gassendi Milano	4 ore settimanali
--------------------------------------	-------------------	------------------	---	-------------------

Tipologia contratto: Libero Professionale Co.Co.co Consulenza/ Collaborazione Occasionale

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

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

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

presso STRUTTURE PRIVATE

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

Clinica veterinaria di Basiglio	DAL 01/05/2002	AL 30/04/2007	Attività clinica nei piccoli animali	30 ore settimanali
---------------------------------	-------------------	------------------	---	--------------------

Tipologia contratto:

Libero Professionale

Co.Co.co

Consulenza/ Collaborazione Occasionale

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

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

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

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

Tipologia	Ente erogatore	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine gg/mm/aa
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____

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

Seguire attentamente le istruzioni:

CORSI, CONGRESSI, CONVEGNI E SEMINARI

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato. Indicare solo i corsi aggiornamento degli ultimi dieci anni e che siano attinenti all'incarico per cui si concorre. Se il candidato allega anche la copia degli attestati, dovrà numerare progressivamente le copie degli attestati riportando la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione.

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

N.1:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Il maltrattamento degli Animali: disposizioni Legislative, Poteri e Competenze della Polizia Giudiziaria nei Casi di Reato in Danno agli Animali"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI1
Data	04 /11/2014
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.2:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	LEA DI SANITÀ PUBBLICA MEDICA E VETERINARIA E RELATIVA RENDICONTAZIONE"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI1
Data	25/11/2014
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.3:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	MOVIMENTAZIONE A FINI NON COMMERCIALI DI ANIMALI DA COMPAGNIA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO SPERIMENTALE DELLE VENEZIE
Data	29/01/2016
Durata	Giorni <u>7</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.4:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI, TRACES, ALLERTE AGGIORNAMENTI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIAMLE- ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	25/10/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.5:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	GESTIONE DEL FARMACO IN AMBITO VETRINARIO: ELEMENTI FORMATIVI E FOCUS SUGLI STUPEFACENTI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIAMLE- ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	10/11/2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>3</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.6:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	REGISTRAZIONE IN BDN E TRACES
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIAMLE- ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	06/10/2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.7:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	SEQUESTRI E ATTI DI POLIZIA GIUDIZIARIA

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> XPARTECIPANTE
Ente organizzatore	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIAMLE- ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	18/11/2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.8:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	BENESSERE ANIMALE: VERIFICHE NEGLI IMPIANTI ZOOTECNICI, APPROFONDIMENTI DEGLI ASPETTI TECNICI, GESTIONALI E DI CONDIZIONALITA'
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> XPARTECIPANTE
Ente organizzatore	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIAMLE- ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	31/03/ 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.9:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	AGGIORNAMENTI DI SANITA' PUBBLICA VETERINARIA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> XPARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILIA ROMAGNA
Data	DAL 20/04- 04-18-25 MAGGIO- 8 GIUGNO 2022
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>40</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.10:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	IL PIANO DI MONITORAGGIO SANITARIO DELLA FAUNA SELVATICA IN REGIONE LOMBARDIA FONDAMENTI E MODALITA' APPLICATIVE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> XPARTECIPANTE

Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILIA ROMAGNA
Data	23MAGGIO 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>3,5</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.11:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	LA LEISHMANIOSI IN OTTICA ON HEALTH
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILIA ROMAGNA
Data	30 MAGGIO 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

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

ATTIVITÀ DIDATTICA PRESSO CORSI DI STUDIO PER IL CONSEGUIMENTO DI DIPLOMA UNIVERSITARIO, DI LAUREA O DI SPECIALIZZAZIONE, OVVERO, PRESSO SCUOLE PER LA FORMAZIONE DI PERSONALE SANITARIO (esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni e congressi).

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) presso Università:

ore complessive insegnamento per anno accademico	Università	Materia	In qualità di Docente o Tutor

2) presso scuole per la formazione di personale sanitario:

Ore insegnamento Per anno.	Scuola formazione personale sanitario	Materia	In qualità di Docente o Tutor

SOGGIORNI DI STUDIO O DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' ATTINENTI ALLA DISCIPLINA IN RILEVANTI STRUTTURE ITALIANE O ESTERE DI DURATA NON INFERIORE A 3 MESI CON ESCLUSIONE DEI TIROCINI OBBLIGATORI.

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

Di avere svolto i sottoelencati soggiorni di studio o addestramento:

Struttura (indirizzo e denominazione)	Tipologia (soggiorno/addestramento professionale)	Data inizio e fine gg/mm/aa	Con impegno settimanale pari a ore
		DA _____ A _____	
		DA _____ A _____	
		DA _____ A _____	

Ulteriori attività

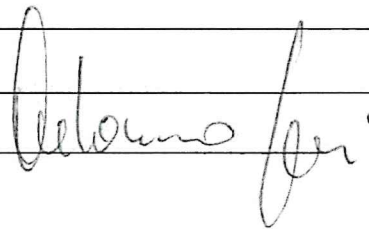
DESCRIZIONE
ATTIVITA' PRESSO IL CANILE SANITARIO DI SEDRIANO E ATTIVITA' DI STERILIZZAZIONE DI CANI E GATTI DURANTE L' INCARICO DI DIRIGENTE VETERINARIO AL DISTRETTO VETERINARIO OVEST MILANESE

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Data 05/08/2022

Firma



Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Data 05/08/2022

Firma

