

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA
"UOC DISTRETTO VETERINARIO OVEST MILANESE"**

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

Il sottoscritto BIGHIANI MASSIMO

nato a Robecco sul Naviglio (MI) il 06/03/1964

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 12/09/1991 n. iscrizione 1876

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	<i>Conseguito presso Università</i>
Laurea in Medicina Veterinaria	26/02/1991 Durata 5 anni	Università degli Studi di Milano Facoltà di Medicina Veterinaria
Specializzazione in Allevamento, Igiene, Patologia delle Specie Acquatiche e Controlli dei Prodotti Derivati	09/11/2001 Durata 3 anni	Università degli Studi di Milano Facoltà di Medicina Veterinaria
Corso di formazione Manageriale	17/02/2004 Durata 8 mesi	Libera Università Carlo Cattaneo (LIUC) Castellanza

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

<i>ENTE PUBBLICO Denominazione</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)</i>	<i>Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)</i>
USSL n. 73 Abbiategrasso	29/12/1993	31/12/1994	Veterinario Collaboratore	Tempo indeterminato Tempo pieno
AUSSL n. 36	01/01/1994	31/12/1997	Veterinario Dirigente 1° livello	Tempo indeterminato Tempo pieno
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1	01/01/1998	31/12/2015	Dirigente Veterinario	Tempo indeterminato Tempo pieno
A.T.S. Città Metropolitana di Milano	01/01/2016	Ad oggi	Dirigente Veterinario	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**

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

ENTE Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)	Denominazione Incarico
ASL Milano 1	30/06/2000	31/12/2008	Dirigente Veterinario con incarico di Responsabile Struttura Semplice	Referente Area Tematica "Controllo impianti di macellazione"
ASL Milano 1	01/06/2005	31/12/2015	Dirigente Veterinario con incarico di Responsabile di Struttura Semplice	UOS Distretto Veterinario n. 3 di Magenta- Abbiategrasso
ATS della Città Metropolitana di Milano	01/01/2016	31/12/2017	Dirigente Veterinario con incarico di Responsabile di Struttura Semplice	UOS Distretto Veterinario n. 3 di Magenta- Abbiategrasso
ATS della Città Metropolitana di Milano	01/11/2017	Ad oggi	Dirigente Veterinario con incarico di Responsabile di Struttura Semplice	Responsabile UOS Igiene degli Alimenti di O.A. del Distretto Veterinario Ovest M.se
ATS della Città Metropolitana di Milano	02/07/2020	31/01/2021	Dirigente Veterinario con incarico di sostituto Direttore Struttura Complessa	Referente Pro Tempore Direttore UOC Distretto Veterinario Ovest Milanese
ATS della Città Metropolitana di Milano	01/02/2021	31/07/2022	Dirigente Veterinario con incarico di sostituto Direttore Struttura Complessa	Direttore FF UOC Distretto Ovest Milanese
ATS della Città Metropolitana di Milano	01/02/2021	Ad oggi	Dirigente Veterinario con incarico di sostituto Direttore Struttura Complessa	Referente Pro Tempore Direttore UOC Distretto Veterinario Ovest Milanese

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

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

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

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

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

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

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

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

presso STRUTTURE PRIVATE

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

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

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

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

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

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

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

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

Tipologia	Ente erogatore	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine gg/mm/aa
			DA _____ A _____
			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 affinenti all'incarico per cui si concorre. Se il candidato allega anche la copia degli attestati, dovrà numerare progressivamente le copie degli attestati riportando la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione.

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

N. 1

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Corso di formazione formatori del SIVI</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	18/05/2011 e 25/05/2011
Durata	Giorni ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.2

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Procedure di sistema del manuale operativo delle Autorità Competenti – Analisi dei contenuti e delle ricadute operative – Procedure di ispezione, audit, certificazione</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 1
Data	Dal 05/10/2011 al 26/10/2011
Durata	Giorni ore 10
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.3

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Valutare il rischio stress lavoro correlato</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 1
Data	15/05/2012
Durata	Giorni ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.4

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Aspetti organizzativi e procedurali connessi all'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 4 paragrafo 6 (Audit Autorità Competente) del Reg. CE n. 882/2004 – Audit Autorità Competenti locali</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	14-17-18-19-20/09/2012
Durata	Giorni ore 40
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Export Federazione Russa e Custom Union – Valutazione degli esiti e follow up dell'ispezione del maggio 2012</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	02/10/2012
Durata	Giorni ore 7 30'
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 EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Export dei prodotti di O.A. verso i PT: normativa di riferimento e metodologie di controllo</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	09-10-11/07/2013
Durata	Giorni ore 24
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 EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>La prevenzione della corruzione: inquadramento generale e piano aziendale</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 1
Data	Dal 20/05/2014 al 28/05/2014
Durata	Giorni ore 11
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 EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Gestione integrata degli episodi di malattie a trasmissione alimentare</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	16/10/2014 e 23/10/2014
Durata	Giorni 2 ore 14 e 30'
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 9

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	<i>LEA di Sanità Pubblica Medica e Veterinaria e relativa rendicontazione</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 1
Data	25/11/2014
Durata	Giorni ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 10

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Formazione preposti</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Gruppo Tecnologie d'Impresa accreditata da Regione Lombardia
Data	Dal 13/03/2015 al 19/03/2015
Durata	Giorni ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 11

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Giornata della Trasparenza e della Legalità: i reati contro la PA nel settore sanitario e socio-sanitario</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 1
Data	10/07/2015
Durata	Giorni ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N.12

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>I sequestri di animali e di prodotti alimentari</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 1
Data	12/11/2015 - 18/11/2015 - 25/11/2015
Durata	Giorni 3 ore 9
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 EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Nuove regole tecniche per la formazione, archiviazione e conservazione dei documenti informatici (DPCM 13.11.2014)</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 1
Data	02/12/2015
Durata	Giorni ... ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N. 14

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>L'attività di audit interno come metodo di verifica ai sensi del Regolamento CE 882/2004</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola di Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	03/12/2015
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. 15

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	<i>Sanità Pubblica Veterinaria: supporto all'export</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	21/03/2016
Durata	Giorni 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. 16

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	<i>La norma ISO 9001:2015</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	18/10/2016

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

N. 17

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Aggiornamento e monitoraggio del Piano Anticorruzione 2016 secondo le nuove indicazioni ANAC</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	20/10/2016
Durata	Giorni ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 18

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	18/11/2016
Durata	Giorni ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 19

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>La nuova ATS: aggiornamento e sviluppo delle tecnologie e dei metodi di controllo per la gestione del sistema qualità</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	29/11/2016
Durata	Giorni ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 20

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Paperless e best practice nella gestione documentale in ATS Città Metropolitana di Milano, per un percorso di unificazione e di unitarietà</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	30/11/2016
Durata	Giorni ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>

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

N. 21

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	<i>Attività di audit negli stabilimenti autorizzati all'export USA</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZLER Lombardia e Emilia Romagna
Data	21/03/2017
Durata	Giorni 1 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.22

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	<i>La Sanità Pubblica Veterinaria 2017</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZLER della Sicilia A. Mirri
Data	02/03-16/03-06/04 -25/05/2017
Durata	Giorni 4 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 23

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	<i>La trasparenza e l'anticorruzione all'interno dell'ATS della Città Metropolitana di Milano</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	27/03/2017
Durata	Giorni ore 1 30'
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 checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Restituzione DVR (Valutazione dei rischi nel settore veterinario)</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	04/05/2017
Durata	Giorni 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. 25

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	<i>Attività di audit negli stabilimenti autorizzati all'export USA. Sessione di chiusura</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZLER Lombardia e Emilia Romagna
Data	23/05/2017
Durata	Giorni 1 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 26

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	<i>Formazione di base degli addetti alle squadre di gestione delle emergenze e prevenzione incendi</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	24/05/2017
Durata	Giorni 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 checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 27

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Accordi di equivalenza veterinaria con gli USA (VEA) per l'esportazione di carni rosse, carni avicole e prodotti a base di carne e ovoprodotti</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZLER dell'Abruzzo e del Molise G. Caporale
Data	Dal 30.09.2017 al 30/11/2017
Durata	Giorni ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 28

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	<i>Gestione del sistema di audit nella sanità pubblica veterinaria</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZLER Lombardia e Emilia Romagna
Data	Dal 20.11.2017 al 13/12/2017
Durata	Giorni 1 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N. 29

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	<i>La Sanità Pubblica Veterinaria 2018</i>

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZLER della Sicilia A. Mirri
Data	12/04-19/04-10/05 -19/05-24/05/2018
Durata	Giorni 5 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 30

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	<i>La Sanità Pubblica Veterinaria 2019</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZLER della Sicilia A. Mirri
Data	Dal 14/03/2019 al 23/05/2019
Durata	Giorni 4 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 31

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	<i>Attività di audit negli stabilimenti autorizzati all'export PT</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZLER Lombardia e Emilia Romagna
Data	Dal 18.12.2019
Durata	Giorni 1 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

N. 32

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 _____
Titolo dell'evento	<i>Contitolari e responsabili esterni del trattamento dei dati personali</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	24/05/2021
Durata	Giorni ore 2
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

N. 33

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	<i>Valutazione dei rischi nel settore veterinario – Rischio biologico</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	01/06/2021
Durata	Giorni ore 3
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>

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

N. 34

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 _____
Titolo dell'evento	<i>Approfondimenti sui temi generali del PNA e delle aree considerate e maggior rischio corruzione – anticorruzione e codice comportamento</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	15/07/2021
Durata	Giorni ore 1 30'
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. 35

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	<i>Reg. UE 201/625 e relativi Regolamenti attuativi</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 27/10/2021 al 03/11/2021
Durata	Giorni 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. 36

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 _____
Titolo dell'evento	<i>L'approccio One Health: la Sanità Pubblica Veterinaria raccoglie la sfida della Legge Regionale 22/2021</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	07/04/2022
Durata	Giorni ore 5
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 EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<i>Il Dirigente nel sistema di prevenzione aziendale: poteri, doveri, responsabilità – Consapevolezza de ruolo</i>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 12/09/2022 al 13/09/2022
Durata	Giorni 2 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

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

ATTIVITÀ DIDATTICA 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 _____	
--	--	---------------------	--

Ulteriori attività

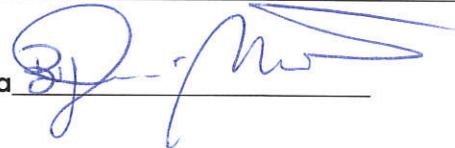
DESCRIZIONE

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Data 27/09/2022

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 27/09/2022

Firma

