

ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA  
"SC DISTRETTO VETERINARIO ALTO LODIGIANO".

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

la sottoscritta SFONDRINI ELISABETTA

nata a PAVIA il 07/10/1960

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 MEDICI VETERINARI della provincia di LODI dal 26/05/1997  
n. iscrizione 54

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	28/02/1986 Durata 5 ANNI	STATALE DI MILANO
SPECIALIZZAZIONE in DIRITTO e LEGISLAZIONE VETERINARIA	05/07/1991 Durata 2 ANNI	STATALE DI MILANO
SPECIALIZZAZIONE in TECNOLOGIA e IGIENE DELLE CARNI	09/11/1993 Durata 2 ANNI	STATALE DI MILANO
SPECIALIZZAZIONE in PATOLOGIA e CLINICA DEGLI ANIMALI D'AFFEZIONE	15/03/1999 Durata 3 ANNI	STATALE DI MILANO
DIRIGENTE SANITARIO DI STRUTTURA COMPLESSA	16/03/2009	I.R.E.F. SCUOLA DI DIREZIONE IN SANITA'

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		

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>
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO ed Enti confluiti	20/07/1987	05/12/1996	Veterinario collaboratore con qualificazione	Tempo pieno
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO ed Enti confluiti	06/12/1996	08/06/2000	Dirigente veterinario 1° livello	Tempo pieno
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO ed Enti confluiti	09/06/2000	30/11/2010	Dirigente veterinario -sanità animale	Tempo pieno
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO ed Enti confluiti	01/12/2010	Ad oggi	Dirigente veterinario S.S. Sanità animale	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):

- Anagrafi zootecniche
- Anagrafi degli animali di affezione
- piani di profilassi e risanamento
- igiene urbana

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

<i>ENTE Denominazione</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sens art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)</i>	<i>Denominazione Incarico</i>
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO ed Enti confluiti	01/12/2010	Ad oggi	Responsabile Struttura Semplice	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):

- gestione delle anagrafi zootecniche e delle movimentazioni degli animali
- gestione delle emergenze epidemiche e delle reti di epidemiosorveglianza
- profilassi delle zoonosi

.mantenimento dello stato di indennità degli allevamenti nei confronti delle malattie infettive e diffuse del bestiame e prevenzione e controllo delle malattie infettive e diffuse di interesse zoonosico e zootecnico, negli animali d'allevamento

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 Associazione dei comuni del Iodigiano-unità socio sanitaria locale n. 56 LODI	DAL (gg/mm/aa) 31/07/1986	AL (gg/mm/aa) 31/12/1986	Esatta Qualifica di inquadramento veterinario libero professionista	IMPEGNO ORARIO SETT. Pagamento a prestazione
<b>Tipologia contratto:</b>				
X <input type="checkbox"/> Libero Professionale <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Co.Co.co</span>				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

ENTE Denominazione e Sede Associazione dei comuni del Iodigiano-unità socio sanitaria locale n. 56 LODI	DAL (gg/mm/aa) 05/01/1987	AL (gg/mm/aa) 19/07/1987	Esatta Qualifica di inquadramento Veterinario libero professionista	IMPEGNO ORARIO SETT. Pagamento a prestazione
<b>Tipologia contratto:</b>				
x <input type="checkbox"/> Libero Professionale <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Co.Co.co</span>				
<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 SETT.
------------------------------	-------------------	------------------	--------------------------------------	-------------------------

**Tipologia contratto:**

- Libero Professionale  Co.Co.co  
 Consulenza/ Collaborazione Occasionale

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
------------------------------	-------------------	------------------	--------------------------------------	-------------------------

**Tipologia contratto:**

- Libero Professionale  Co.Co.co  
 Consulenza/ Collaborazione Occasionale

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
------------------------------	-------------------	------------------	--------------------------------------	-------------------------

**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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input 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 type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input 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 type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input 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 <b>complessive</b> 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 _____	

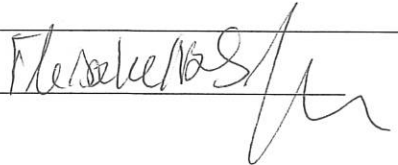
**Ulteriori attività**

DESCRIZIONE

**Ulteriori dichiarazioni**

DESCRIZIONE

Data 20/03/23

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 20/03/23

Firma 