

ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA
"SC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO".

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

La sottoscritta D'ANDRIA CATERINA MARIALUISA
nata a MILANO il 26/09/1961
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 E CHIRURGHI della provincia di MILANO dal 27-01-1988 n. iscrizione 27829
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 MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA	02/11/1987 Durata 6 ANNI	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
DIPLOMA DI SEPCIALIZZAZIONE IN MEDICINA DEL LAVORO	13/11/1991 Durata 4 ANNI	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
DIPLOMA DI SEPCIALIZZAZIONE IN MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI	28/10/2004 Durata 4 ANNI	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
CERTIFICATO DI FORMAZIONE MANAGERIALE	22/03/2006 Durata 150 ORE	IREF – SCUOLA DI DIREZIONE IN SANITA' DECRETO REGIONE LOMBARDIA 3169
CERTIFICATO DI RIVALIDAZIONE DI FORMAZIONE MANAGERIALE	02/09/2014 Durata 45 ORE	EUPOLIS – SCUOLA DI DIREZIONE IN SANITA' DECRETO REGIONE LOMBARDIA 7973
CERTIFICATO DI RIVALIDAZIONE DI FORMAZIONE MANAGERIALE	30/03/2022 Durata 56 ORE	POLIS – ACCADEMIA DI FORMAZIONE PER IL SERVIZIO SOCIOSANITARIO LOMBARDO ATTESTATO PROVVISORIO DEL 30/03/2022

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	Nessuna negli ultimi 10 anni	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

**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 76 ROZZANO	04/05/1992	01/01/1993	ASSISTENTE MEDICO MEDICINA DEL LAVORO	TEMPO DETERMINATO TEMPO PIENO
USSL 66 CINISELLO BALSAMO	02/01/1993	29/12/1993	ASSISTENTE MEDICO MEDICINA DEL LAVORO	TEMPO INDETERMINATO TEMPO PIENO
USSL 76 ROZZANO	30/12/1993	31/12/1994	ASSISTENTE MEDICO MEDICINA DEL LAVORO	TEMPO INDETERMINATO TEMPO PIENO
AZIENDA USSL 39 MILANO	01/01/1995	31/12/1997	ASSISTENTE - DIRIGENTE MEDICO MEDICINA DEL LAVORO	TEMPO INDETERMINATO TEMPO PIENO
ASL PROVINCIA MILANO 2	01/01/1993	30/01/1999	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA DEL LAVORO	TEMPO INDETERMINATO TEMPO PIENO
ASL MILANO	31/01/1999	15/09/2000	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA DEL LAVORO	TEMPO INDETERMINATO TEMPO PIENO
ASL DELLA PROVINCIA MILANO 2	16/09/2000	31/12/2015	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA DEL LAVORO	TEMPO INDETERMINATO TEMPO PIENO
ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	01/01/2016	TUTT'OGGI	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA DEL LAVORO	TEMPO INDETERMINATO TEMPO PIENO

Nessuna interruzione dal servizio.

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):

dalla data di assunzione ha sempre svolto compiti e funzioni attinenti alla vigilanza nelle aziende, come dettato dalle normative allora vigenti. L'attività lavorativa consisteva in sopralluoghi per esposti o per infortunio o malattia professionale, redazione delle indagini con valutazione della

dinamica di accadimento degli infortuni e del nesso causale con il rischio lavorativo per le malattie lavoro correlate.

Il conseguimento della qualifica di Polizia Giudiziaria (Decreto Prefettura Milano n. 13.10/09500729 del 08/05/1995 e Decreto Prefettura Milano n. 13.10/00806043 del 12/11/2001 cui si associa Decreto Prefettura Lodi n. 30345 del 18/10/2018), ha conferito quel livello di completa autonomia alle indagini avviate, consentendo anche la redazione dei relativi verbali ispettivi in caso di riscontro di violazioni alle norme vigenti. Tutta l'attività di Ispezione, vigilanza e verifica in materia di igiene e sicurezza sul Lavoro nei Comuni di competenza territoriale è stata d'iniziativa o su delega da parte della Procure della Repubblica (Milano, Pavia e Lodi).

Dal 01/11/2017 funzioni di Referente dell'area sanitaria della UOC PSAL Milano EST dell'ATS Città Metropolitana di Milano per il coordinamento delle attività sanitarie affidate a medici, AS e infermieri. Precedentemente, dal 2009 al 2013 referente per la UOCPSAL ASL Provincia Milano 2.

Dal marzo 2007 funge da Referente Regionale per le Malattie Professionali della UOCPSAL dell'ex ASL Provincia Milano 2 e, attualmente, Referente Regionale per le Malattie Professionali della UOS Melegnano-Martesana della UOC PSAL MILANO EST dell'ATS Città Metropolitana di Milano. Il referente coordina le attività correlate alla gestione delle denunce di malattia professionale e al corretto inserimento dei dati di nesso causale all'interno del gestionale operativo regionale MAPI/MAPRO da parte dei sanitari preposti, secondo le linee di indirizzo fornite da Regione Lombardia

Dal gennaio 2005 a dicembre 2016 incarico continuativo di Presidente della Commissione Medica n. 5 per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e del sordomutismo ASL Provincia Mi 2 Melegnano (Delibera n. 1 del 12/01/2005 dell'ex ASL Provincia Milano 2).

Da gennaio 2016 nomina a Preposto nel sistema di prevenzione dell'ATS Città Metropolitana di Milano (Delibera n. 46 del 25/01/2016).

Nel corso degli anni si è sempre attenuta alle disposizioni impartite e ai volumi quantitativi imposti dal dirigente responsabile, come anche dimostrato dalle valutazioni dirigenziali annuali del Nucleo di Valutazione ex art. 26 comma 3 lettera a del CCNL della Dirigenza Medico Veterinaria 3/11/2005.

**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 USSL 39 MILANO	01/06/1996	28/02/1997	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE FF	UO TSLL MILANO - ROZZANO IN SOSTITUZIONE PER ASPETTATIVA DEL DIRIGENTE INCARICATO (DELEGA DI FUNZIONI del RESPONSABILE UOS)
AZIENDA USSL 39 MILANO	02/06/1997	30/09/1997	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE FF	UO TSLL MILANO - ROZZANO IN SOSTITUZIONE PER ASPETTATIVA DEL DIRIGENTE INCARICATO (DELEGA DI FUNZIONI DEL RESPONSABILE SERVIZIO)
ASL PROVINCIA MILANO 2	01/01/1998	31/10/1998	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE FF	UO TSLL ROZZANO PER ASSENZA DEL RESPONSABILE DALLA DISCIOLTA AZIENDA USSL 39 MILANO (DELEGHE DI FUNZIONE DEL DIRETTORE GENERALE E DEL DIRETTORE DI UOC)
ASL PROVINCIA MILANO 2	01/06/2007	28/07/2009	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE FF	UOS PSAL ROZZANO (DELEGA DI FUNZIONE DEL DIRETTORE DI UOC)
ASL PROVINCIA MILANO 2	29/07/2009	29/03/2010	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE	UOS PSAL ROZZANO (DELIBERA 182 DEL 09/09/2009)
ASL PROVINCIA MILANO 2	30/03/2010	31/05/2012	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE FF	UOS PSAL SUD-OVEST ROZZANO - MELEGNANO (DELEGA DI FUNZIONE DEL DIRETTORE DI UOC)

ASL PROVINCIA MILANO 2 ATS CITTA' METROPLITANA MILANO	01/06/2012	31/10/2017	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE	UOS PSAL SUD-OVEST ROZZANO - MELEGNANO (DELIBERA 201 DEL 31/05/2012 E DELIBERA 377 DEL 28/10/2015)
ATS CITTA' METROPLITANA MILANO	05/12/2017	28/10/2020	RESPONSABILE DI MACROAREA D STRUTTURA SEMPLICE FF	UOS PSAL MELEGNANO MARTESANA - AREA SUD-OVEST (DELEGHE D FUNZIONE DEL DIRETTORE DI UOC E DEL RESPONSABILE UOS)
ATS CITTA' METROPLITANA MILANO	29/10/2020	28/02/2021	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE FF	UOS PSAL MELEGNANO MARTESANA (DELEGA DI FUNZIONI DEL DIRETTORE DI UOC)
ATS CITTA' METROPLITANA MILANO	29/02/2021	TUTT'OGGI	RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE	UOS PSAL MELEGNANO MARTESANA (DELIBERA 179 DEL 25/02/2021 E 1026 del 30/11/2022)
ATS CITTA' METROPLITANA MILANO	01/08/2021	31/01/2023	DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA SOSTITUTO	UOC PSAL MILANO EST (DELIBERA 712 DEL 30/07/2021)
ATS CITTA' METROPLITANA MILANO	01/02/2023	TUTT'OGGI	RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA SOSTITUTO	SC PSAL (Delibera n. 72 del 27/01/2023)

Nessuna interruzione dal servizio.

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):

dal 1997 al 2021, nei periodi di attività svolti come Responsabile di Struttura Semplice Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (anche delegata), ha messo in atto le disposizioni operative del Direttore di UOC, assegnando agli operatori gli obiettivi proposti: atti di vigilanza negli ambienti di lavoro (aziende, edilizia e agricoltura) in attuazione dei piani nazionali e regionali, atti di vigilanza su iniziativa, su segnalazione/esposti, su richiesta di altri Enti, in emergenza, in coordinamento con Prefettura, su delega delle Procure; indagini per infortuni e per malattie professionali su iniziativa, su segnalazione/esposti, in emergenza, su delega delle Procure; vigilanza attività di bonifica amianto; richieste di autorizzazioni e ricorsi.

Le valutazioni triennali del Collegio Tecnico ex art. 26 comma 2 lettera a del CCNL 3/11/2005 della Dirigenza Medico Veterinaria sono state positive (Verbale del Collegio Tecnico ASL Provincia Milano 2 del 22/09/2015 e Verbale del Collegio Tecnico ATS Città Metropolitana di Milano del 18/10/2018).

Inoltre, nell'Allegato **Casistica di specifiche esperienze e attività professionali**, vengono riportate le tabelle relative alle attività programmate e agli obiettivi qualitativi e quantitativi raggiunti nella UOS Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro SUD -OVEST (dal 2013 al 2017), nella Macro Area Sud della UOS Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Melegnano Martesana (dal 2018 al 2020) e nella UOS Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Melegnano Martesana di ATS Città Metropolitana di Milano di cui è stata Responsabile di SS, Responsabile facente funzioni.

Dal 01/08/2021, in qualità di Direttore sostituto della UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Milano Est, ha proceduto alle attività di competenza quali: predisposizione dell'analisi di contesto finalizzata alla programmazione e al coordinamento dell'attività della UOC, con conseguente monitoraggio e controllo di gestione; definizioni di istruzioni operative, anche in virtù degli aggiornamenti normativi ad impatto rilevante sull'attività del servizio (L. 215 del 17/12/2021 e D.L.gs. 150 del 10/10/2022); formulazione di proposte e aggiornamento del sito web, anche partecipando ad apposito corso formativo; formulazione di proposte di formazione ed aggiornamento professionale; coordinamento di indagini a valenza sovranazionale con particolare riguardo alle segnalazioni al MISE delle non conformità e alla tematica REACH; gestione dei firocinanti; instaurazione dei previsti rapporti con le 4 Procure della Repubblica e le 2 Prefetture afferenti territorialmente (Milano e Lodi), nonché con gli Enti, le Istituzioni e le parti sociali, anche attraverso la programmazione dei comitati di coordinamento art. 7 D.L.gs. 81/08.

Inoltre, nel corso del predetto incarico ha svolto le seguenti funzioni correlate.

Dal giugno 2022 Componente supplente del Comitato tecnico Metropolitano istituito ai sensi dell'art. 8 comma 1 bis della Legge 68/99 (ATS prot.106666 del 22/06/2022).

Da giugno 2022 Presidente supplente della Commissione Tecnica per il rilascio dei pareri sull'impiego dei gas tossici. Ambito provinciale di Milano (Del. ATS n. 569 del 29/06/2022).

Da maggio 2022 Presidente della Commissione esaminatrice per il rilascio del patentino di abilitazione all'uso dei gas tossici. Ambito provinciale di Lodi (Del. ATS n. 422 del 19/05/2022).

Da maggio 2022 Presidente della Commissione Tecnica per il rilascio dei pareri sull'impiego dei gas tossici. Ambito provinciale di Lodi (Del. ATS n. 423 del 19/05/2022).

Da aprile 2022 componente del Comitato Consultivo Provinciale di Lodi istituito presso INAIL di Lodi (Decreto Prefettura Lodi Prot. 16656 del 08/04/2022)

Dal novembre 2021 componente del Gruppo Operativo Sicurezza Stadio di Gorgonzola (Decreto Prefettura di Milano Prot. 12B.2/2015-003998 dell'11/10/2021).

Nel corso del 2021 e del 2022, in qualità di Direttore sostituto della UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Milano Est, ha contribuito efficacemente al raggiungimento degli obiettivi di budget imposti alle tre UOC di ATS Città Metropolitana di Milano, con particolare attenzione a:

- obiettivi LEA (vigilanza nel 5% delle PAT con almeno un dipendente);
- cantieri (vigilanza nel 10% dei cantieri notificati nell'anno precedente che, secondo lo standard regionale del 2018, presentano caratteristiche di alta priorità, ovvero presenza di almeno 5 imprese e durata delle opere maggiore a 120 giorni);
- 90% di completezza del dato negli inserimenti nei gestionali specifici di infortuni (GEPI) e malattie professionali (MAPI poi MAPRO);
- 100% di completezza del dato inserito nel registro regionale degli infortuni mortali.

Ha, altresì, collaborato alla presentazione o alla restituzione, in sede di comitato di coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08, dei Piani Mirati di Prevenzione collegati al PP06 e al PP07 del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025. Ad inizio 2023, in qualità di Direttore sostituto della SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro di ATS Città Metropolitana di Milano, ha avviato la programmazione dell'anno, effettuato le prime riunioni con i Responsabili di Struttura Semplice e stilato la parte di competenza nel Piano Integrato dei Controlli. In particolare, ha dato indicazioni in merito ai macro-obiettivi regionali dell'anno:

- obiettivi LEA (vigilanza nel 5% delle PAT con almeno un dipendente);
- cantieri (vigilanza nel 15% dei cantieri notificati nell'anno precedente che, secondo lo standard regionale del 2018 e i criteri nazionali del PNP 2020-2025, presentano caratteristiche di alta priorità, ovvero, presenza di almeno 5 imprese, durata delle opere maggiore a 120 giorni e importo superiore a 30.000 euro);
- 90% di completezza del dato negli inserimenti nei gestionali specifici di infortuni (GEPI) e malattie professionali (MAPI poi MAPRO);
- 100% di completezza del dato inserito nel registro regionale degli infortuni mortali;
- Piani Mirati di Prevenzione collegati al PP07 e al PP08 da avviare nel corso dell'anno.

Inoltre, nell'Allegato **Casistica di specifiche esperienze e attività professionali**, vengono riportate le tabelle relative alle attività programmate e agli obiettivi qualitativi e quantitativi raggiunti nella UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro MILANO EST di ATS Città Metropolitana di Milano nel 2021-2022 di cui è stata Direttore sostituto, nonché le attività programmate 2023 della S.C. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro di ATS Città Metropolitana di Milano.

**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)	<i>Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale</i> Indicare il C.C.N.L. di riferimento	Indicare la mansione svolta/specifica esperienza svolta	<i>Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)</i>
<u>Nessuno</u>					

**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)	<i>Esatta Qualifica di inquadramento</i>	IMPEGNO ORARIO SETT.
Tipologia contratto:				
<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.co				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				
PROCURA DELLA REPUBBLICA DI VENEZIA	01/01/1999	30/06/2000	CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO	8 ORE SETTIMANA

**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:				
<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.co				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				
ENICHEM AUGUSTA INDUSTRIALE	01/01/1990	31/12/1992	RESPONSABILE SERVIZIO SANITARIO AZIENDALE	MEDICO DI FABBRICA 10 ORE SETTIMANA
CENTRO RICERCHE E SVILUPPO MONTEFLUOS	01/05/1989	31/12/1991	RESPONSABILE SERVIZIO SANITARIO AZIENDALE	MEDICO DI FABBRICA 20 ORE SETTIMANA
CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO	01/05/1988	30/04/1992	RESPONSABILE SERVIZIO SANITARIO AZIENDALE	CONSULENTE IN MEDICINA DEL LAVORO (MEDICO DI FABBRICA 10 ORE SETTIMANA

**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
<u>Nessuna</u>			

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 <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> SEMINARIO
Titolo dell'evento	"Novità in tema di D.LGS. 81/08"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 2
Data	31/05/2013
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.2:

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 linee guida regionali per la gestione delle segnalazioni di non conformità di sostanze e miscele chimiche e le attività di vigilanza e controllo in conformità ai regolamenti europei N 1907/06 Reach e N. 1272/08 CLP"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 2
Data	04/06/2013
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.3:

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	"I rischi dell'amianto: nocività nel tempo e danni alla salute"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SANITA' IN FORMAZIONE
Data	14/03/2014
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.4:

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"/> SEMINARIO
Titolo dell'evento	"Problematiche muscoloscheletriche nella Grande distribuzione Organizzata"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FONDAZIONE POLICLINICO MI
Data	10/04/2014
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.5:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"I doveri del Medico del Lavoro"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 2
Data	17/06/2014
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.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"/> _____
Titolo dell'evento	"Sistema Person@ Mapi"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 2
Data	16 e 17/10/2014
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.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"/> _____
Titolo dell'evento	"Idoneità difficili nel comparto sanitario"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 2
Data	29/09/2014, 16-19 e 26/10/2014
Durata	Giorni 2 ore 16
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 type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"Deroga art. 64/65 DLgs. 81/08. Il radon nei luoghi di lavoro. La valutazione del rischio chimico e provvedimenti conseguenti"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 2
Data	05/11/2014
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.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"/> SEMINARIO
Titolo dell'evento	"Sistemi di gestione della sicurezza a. 30 D.Lg. 81/08"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO
Data	04 e 11/06/2015
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.10:

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 tabella delle Malattie Professionali"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 2
Data	DAL 16/09/2015 AL 29/10/2015
Durata	Giorni 4 ore 16
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 checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"Problematiche legate all'uso di alcool e droghe"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI 2
Data	23 e 30/09/2015
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.12:

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 chimico in ospedale"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SANITA' IN FORMAZIONE
Data	05/04/2016
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.13:

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	"Allungamento della vita lavorativa: opportunità e problemi"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS PAVIA
Data	25/09/2016
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.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"/> _____
Titolo dell'evento	"Sistema Person@ Mapi inserimento delle Malattie Professionali"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	DAL 14/10/2016 al 04/11/2016
Durata	Giorni 4 ore 16
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 <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Le schede di sicurezza per sostanze e miscele chimiche e le attività di vigilanza e controllo in conformità ai regolamenti REACH e CLP e D.L.81/08"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	10/11/2016
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.16:

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	"L'attività ispettiva dei pubblici dipendenti"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	15/06/2017
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.17:

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	"Attività di vigilanza ed ispezione: quale approccio?"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	15/06/2017
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.18:

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	"Stress lavoro correlato nelle professioni sanitarie"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SANITA' IN FORMAZIONE
Data	11/09/2017
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.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"/> _____
Titolo dell'evento	"La gestione delle sanzioni amministrative nell'ATS"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	03/10/2017
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.20:

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 giudizio di idoneità negli ambienti di lavoro"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	27/10/2017
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.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	"La ricerca attiva delle malattie lavoro-correlate"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	DAL 04/10/2017 AL 04/11/2017
Durata	Giorni 4 ore 16
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 <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"La valutazione dello stress lavoro correlato: modalità ed esperienze meta-valutative durante gli interventi di prevenzione nelle imprese"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	28/11/2017
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.23:

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 sindrome da disadattamento generale nella complessità dello stress umano"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	11/12/2017
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.24:

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	"Gli interventi di prevenzione della UOC PSAL nei luoghi di lavoro: aspetti giuridici, normativi e procedurali"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	02/10/2018
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.25:

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 recepimento della Direttiva 2013/59/UE in materia di radiazioni ionizzanti"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	11 e 18/11/2018
Durata	Giorni 2 ore 16
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 <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 CMM
Data	09/01/2019
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 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 <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"I cantieri di manutenzione del verde"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	28/05 04/06/2019
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.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	"Valutazione di rischi. Misure strumentali di controllo"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	19/11/2020
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.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	"L'esperienza della Regione Toscana nella gestione dello stress lavoro correlato"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda USL TOSCANA CENTRO
Data	28/01/2021 e 04/02/2021
Durata	Giorni 2 ore 16
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 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	"Prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SOCIETA' ITALIANA DI IGIENE
Data	23/04/2021
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.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"/> SEMINARIO _____
Titolo dell'evento	"Il lavoro agile durante la pandemia e il suo uso futuro nelle Aziende sanitarie"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FIASO
Data	10/06/2021
Durata	Giorni 2 ore 16
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"/> WORKSHOP
Titolo dell'evento	"CANTUM 2021 – Workshop di aggiornamento sui cancerogeni occupazionali e sui tumori professionali che ad essi conseguono"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	UOC SPreSAL Epi Occ della ASUR Marche
Data	22 e 23/06/2021
Durata	Giorni 2 ore 16
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 type="checkbox"/>

N.33:

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 e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FAD IN MED
Data	24 e 25/11/2022
Durata	Giorni 2 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.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	"Time management"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	13 e 20/10/2022
Durata	Giorni 2 ore 16
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"La guida ai servizi online semplice, accessibile e completa. Linguaggio e contenuto alla portata di tutti"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	18/10/2022
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"/>

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	"Team working"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CMM
Data	26/01/2023
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.37:

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"/> SEMINARIO _____
Titolo dell'evento	"Le nuove linee guida regionali per la sorveglianza sanitaria in Agricoltura"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	UNIMI
Data	14/02/2023
Durata	Giorni 1 ore 8
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"/>

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
Nessuna			

2) presso scuole per la formazione di personale sanitario:

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

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
Nessuno			

Ulteriori attività

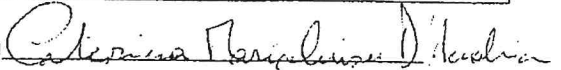
DESCRIZIONE

Nessuna

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE
Nessuna

Data 10/03/2023

Firma 

Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Dichiara, altresì, di essere informata, secondo quanto previsto dal DPR 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 informata che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Data 10/03/2023

Firma 