

**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

Il/la sottoscritto/a **SULLI DAVIDE**

nato/a a **GORGONZOLA (MI)** il **05/06/1975**

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 CHIRURGHI** della provincia di **GORIZIA** dal **28/01/2002** n. iscrizione **1389**

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 E CHIRURGIA	27/03/2001 Durata 6 ANNI	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA DEL LAVORO	15/12/2005 Durata 4 anni	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE
ATTESTATO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITA' PER DIRETTORI DI SOC	14/12/2002	AGENZIA REGIONALE COORDINAMENTO SALUTE FRIULI VENEZIA GIULIA

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 attinenti 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		

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

Seguire attentamente le istruzioni:

Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato) presso STRUTTURE PUBBLICHE

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

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
ASS 1 TRIESTINA (ora ASUGI)	03/09/2007	31/12/2008	DIRIGENTE MEDICO 1 LIVELLO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	38 H INDETERMINATO
ASS5 BASSA FRIULANA (ORA ASUFC)	01/01/2009	30/12/2009	DIRIGENTE MEDICO 1 LIVELLO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	38 H INDETERMINATO
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (GIA' ASS 4 MEDIO FRIULI)	31/12/2008	31/05/2022	DIRIGENTE MEDICO 1 LIVELLO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	38 H INDETERMINATO
AULSS 4 VENETO ORIENTALE	01/06/2022	TUTTORA	DIRETTORE UOC SPSAL	38 H INDETERMINATO

--	--	--	--	--

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

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

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

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.

Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

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

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

ENTE Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)	Denominazione Incarico
AULSS 4 VENETO ORIENTALE	01/06/2022	TUTTORA IN CORSO	DIRETTORE UOC SPSAL (STRUTTURA COMPLESSA)	DIRETTORE UOC SPSAL (STRUTTURA COMPLESSA)

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):

ALLEGATE CERTIFICAZIONI DIREZIONI SANITARIE

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

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.

Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

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

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

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

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

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

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

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

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.

Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

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

presso STRUTTURE PUBBLICHE

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

ENTE	DAL	AL	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
ASS2 ISONTINA ORA DENOMAINATA ASUGI	(16/07/2004)	31/05/2006	INCARICO DI SOSTITUTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	25 H

Tipologia contratto:

Libero Professionale

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

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 _____

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

Seguire attentamente le istruzioni:

CORSI, CONGRESSI, CONVEGNI E SEMINARI

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

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

N.1:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento: L'ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA NEI LAVORATORI ESPOSTI AL FATTORE DI RISCHIO "SOVRACCARICO BIOMECCANICO" ASPETTI NORMATIVI ED APPLICAZIONI CLINICHE	
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE responsabile scientifico
Ente organizzatore	Ordine dei medici Udine
Data	24/11/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>

N.2:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO _____
--	--

Titolo dell'evento SALUTE NEL LAVORO IN FORESTA E NELLA MANUTENZIONE DEL VERDE	
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	ASUFC
Data 21/05/2014	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	XSI

N.3:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento VERSO UN ACCREDITAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASUFC
Data	05/04/2019
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

N 4

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento BLS D PER SANITARI SECONDO LE LINEE GUIDA IRC	
In qualità di	RELATORE <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	03/07/2009
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	X si no <input type="checkbox"/>

N 5

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento FITOFARMACI STOCCAGGIO , MANIPOLAZIONE UTILIZZO E DPI	
In qualità di	RELATORE <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>

N 6

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI IL METODO OCRA	
In qualità di	RELATORE PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA ASSISTENZA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE	
Data	17/18-10-2019
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	- no
Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>

N 7

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento LE MALATTIE PROFESSIONALI: CORRETTE PROCEDURE DI SEGNALAZIONE PER UNA EFFICACE COLLABORAZIONE TRA SERVIZI PSAL MEDICI LEGALI MEDICI COMPOETENTI E MMG	
In qualità di	RELATORE RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore:	ORDINE DEI MEDICI UDINE
Data	21/10/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no
Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>

N 8

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI: APPROCCIO SEMOPLIFICATO ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E INDICAZIONI SUL REINSERIMENTO DEL LAVORATORE CON PATOLOGIA	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE	
Data	16/11/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

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

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento ELEMENTI DI MEDICINA NECROSCOPICA PERV IL MEDICO NECRISCOPO TERRITORIALE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	28/09/2018
Durata	Giorni _____ ore 4.30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	Si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento MALATTIE PROFESSIONALI: CONFRONTO TRA LA MAGISTRATURA E LE AZIENDE SANITARIE	
In qualità di	DOCENTE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA TRIESTE	
Data	07/07/2016
Durata	Giorni 1 ore 1
Specificare se l'attività formativa è ECM	no
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento LE MALATTIE PROFESSIONALI CORRELATE AL RISCHIO ERGONOMICO: ASPETTI NORMATIVI E CLINICI	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA N2 BASSA FRIULANA ISONTINA	
Data	03/12/ 2016
Durata	Giorni _____ ore 1.15
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento LA PROMOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA	
In qualità di	RELATORE

Ente organizzatore: ASUFC	
Data	29/11/2016
Durata	Giorni _____ ore 1
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento LA FORMAZIONE SPECIFICA PER I LAVORATORI DELLE AZIENDE ADS ALTO RISCHIO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	07/11/2017
Durata	Giorni _____ ore 7,30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento PROMOZIONE DEL BENESSERE LAVORATIVO, PREVENZIONE E GESTIONE DI FATTORI ANSIOGENI NELL'AMBITO PROFESSIONALE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	21/02/2018
Durata	Giorni _____ ore 7.30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	FORMAZIONE SUL CAMPO
Titolo dell'evento STANDARDIZZAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE NELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE	
Data	01/10 / 2018
Durata	Giorni _____ ore 2.5
Specificare se l'attività formativa è ECM	no
Specificare se con test o esame finale	si no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Titolo dell'evento LE MALATTIE PROFESSIONALI CORRELATE AL RISCHIO ERGONOMICO: ASPETTI NORMATIVI E CLINICI	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA 5 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	27/10/2016
Durata	Giorni _____ ore <u>1.30</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Titolo dell'evento PREVENZIONE DEI PROBLEMI DI SICUREZZA SUL LAVORO LEGATI ALL'ASSUNZIONE DI ALCOOL E SOSTANZE STUPEFACENTI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	31/05/2017
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	CONGRESSO
Titolo dell'evento 80 CONGRESSO NAZIONALE SIMLII LAL MEDICINA DEL LAVORO DALLA RICERCA ALLA PROFESSIONE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: SIMLII	
Data	20-21-22 SETTEMBRE 2017
Durata	Giorni <u>3</u> ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO
Titolo dell'evento PRODUTTIVITA' ED ERGONOMIA : UN BINOMIO POSSIBILE ?	

In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA SANITARIA 5 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	17/10/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	no
Specificare se con test o esame finale	no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO
Titolo dell'evento LE MALATTIE PROFESSIONALI CORRELATE AL RISCHIO MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI: ASPETTI NORMATIVI, CLINICI E RISVOLTI PREVENTIVI	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: ORDINE MEDICI UDINE	
Data	02/12/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento ERGONOMIA DEL POSTO DI LAVORO, RISCHIO DA VIDEOTERMINALE E RISCHI ELETTRICO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	14/09/2017
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	no
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO
Titolo dell'evento SPIROMETRIA AVANZATA	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: SIMLII	
Data	20/09/2017
Durata	Giorni _____ ore <u>3</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

--	--

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI: IL METODO OCRA	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AS FRIULI OCCIDENTALE	
Data	17-18/10 /2019
Durata	Giorni _____ ore 15.30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento AGENTI FISICI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO: CEM , ROA	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	18/03/2014
Durata	Giorni _____ ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento FORMAZIONE FORMATORI. ELEMENTI DI DIDATTICA PER LA QUALIFICAZIONE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASUFC	
Data	26/03/2014
Durata	Giorni 3 ore 21
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE ATTRAVERSO LA CONDIVISIONE DEI LINGUAGGI:	

SUPERARE BARRIERE , APRIRE CONFINI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: ASS 4 MEDIO FRIULI ASUFC	
Data	11/04/2014
Durata	Giorni _____ ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	FORMAZIONE SUL CAMPO
Titolo dell'evento CONOSCENZA DELLE SPECIFICITA' TERRITORIALI SU CUI IMPOSTARE PROGETTI PREVENTIVI MIRATI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 5 BASSA FRIULANA	
Data	DAL 01-04-2014 AL 31-12-2014
Durata	Giorni _____ ore <u>5</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento VALUTARE IL RISCHIO ERGONOMICO NEL LAVORO MANUALE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 5 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	12-10-2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	CONGRESSO
Titolo dell'evento 78 ESIMO CONGRESSO SIMLII LAVORO AMBIENTE SALUTE DI NUOVO AL CENTRO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: SIMLII	
Data	DAL 25 AL 27 NOVEMBRE 2015
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>20</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento GESTIONE DELLE PATOLOGIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO LAVORATIVO	

In qualità di	DOCENTE
Ente organizzatore: AZIENDA 5 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	13-10-2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento AGENTI FISICI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO : RUMORE E VIBRAZIONI: NOVITA' LEGISLATIVE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	13-05-2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento PROBLEMATICHE E SOLUZIONI APPLICATIVE NELLO STUDIO DEL SOVRACCARICO BIOMECCANICO IN SETTORI SPECIALI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: FONDAZIONE OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICP MILANO	
Data	13/06/2008
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7.15</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento PREVENIRE LE PATOLOGIE DEGLI ARTI SUPERIORI APPLICANDO L'ERGONOMIA	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 6 MEDIO FRIULI OCCIDENTALE	
Data	10/11/2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si

Specificare se con test o esame finale	si
--	----

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento ERGONOMIA OCCUPAZIONALE: DALL'ANALISI DEL RISCHIO ALLE MISURE DI MIGLIORAMENTO PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 6 FRIULI OCCIDENTALE	
Data	09/10/2014
Durata	Giorni _____ ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento INTERVENTI E PROGETTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE: DALL'EPIDEMIOLOGIA ALLA PROGETTAZIONE ALL'AZIONE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	23/10/2014
Durata	Giorni _____ ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI ED ADEMPIMENTI MEDICO LEGALI CORRELATI. IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE E DEL MEDICO OSPEDALIERO	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	29/04/2021
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si

Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI ED ADEMPIMENTI MEDICO LEGALI CORRELATI. IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE E DEL MEDICO OSPEDALIERO	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	29/06/2021
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI ED ADEMPIMENTI MEDICO LEGALI CORRELATI. IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE E DEL MEDICO OSPEDALIERO	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	18/10/2021
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI ED ADEMPIMENTI MEDICO LEGALI CORRELATI. IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE E DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: NOVITA' NORMATIVEE PROCEDURALI	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: ORDINE DEI MEDICI DI UDINE	
Data	21/11/2022
Durata	Giorni _____ ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si

Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento RISCHIO DI ESPOSIZIONE DA AGENTI FISICI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO: SVILUPPO E ADEGUAMENTO DEL PORTALE AGENTI FISICI PER SUPPORTARE LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE DELLE PICCOLE E MEDIE IMPRESE DI TUTTI I COMPARTI LAVORATIVI	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 3 ALTO FRIULI ORA ASUFC	
Data	19/11/2019-20/11/2019
Durata	Giorni _____ ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento MALATTIE PROFESSIONALI INCONTRO TRA MAGISTRATURA ED AZIENDE SANITARIE	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: ASUGI	
Data	07/07/2016
Durata	Giorni _____ ore <u>1</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	NO
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento CONDIVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE COMPETENZE TEORICO PRATICHE SUI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE. TRACCIABILITA' DEL PERCORSO FORMATIVO E ADDESTRATIVO SUI DPI IN USO E SUA FORMALIZZAZIONE	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	14/05/2016-18/05/2016
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>18</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

--	--

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento L'AUDIT COME MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' NELLE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	21/12/2015
Durata	Giorni _____ ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento L'EVOLUZIONE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE E DEL SISTEMA SANZIONATORIO	
In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	01/09/2011-31/01/2012
Durata	Giorni _____ ore <u>40</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento MANSIONI LAVORATIVE A RISCHIO ED ABUSO ALCOLICO	
In qualità di	RELATORE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	30/11/2009-09/12/2009
Durata	Giorni _____ ore <u>15</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento ALCOL E LAVORO IN FRIULI VENEZIA GIULIA	

In qualità di	PARTECIPANTE
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	15/05/2009
Durata	Giorni _____ ore 7 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento IL FENOMENO DEL MOBING: CONOSCERLO PER ATTIVARE STRATEGIE DI PREVENZIONE. Corso per dirigenti, preposti, medici competenti sppa e comitato paritetico	
In qualità di	partecipante
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	10/12/2008
Durata	Giorni _____ ore 7 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO
Titolo dell'evento testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro d. lgs 81	
In qualità di	partecipante
Ente organizzatore: AZIENDA 4 MEDIO FRIULI ORA ASUFC	
Data	29/09/2008-07/10/2008
Durata	Giorni _____ ore 7 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si
Specificare se con test o esame finale	si

ATTIVITÀ DIDATTICA (materie affinenti la posizione da conferire)

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) Scuole universitarie:

A.A. ovvero ore complessive insegnamento	Università	Materia	In qualità di Docente o Tutor
2017/2018 15 ORE	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE	MED/44 TIROCINIO DI MEDICINA DEL LAVORO CORSO DI LAURA IN MEDICINA E CHIRURGIA 759	DOCENTE
2018/2019 15 ORE	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE	MED/44 TIROCINIO DI MEDICINA DEL LAVORO CORSO DI LAURA IN MEDICINA E CHIRURGIA 759	DOCENTE

2) Istituti pubblici e/o scuole professionali del SSN: (scuole per la formazione di personale sanitario)

A.A., ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente o Tutor
DAL 01/05/2022 AL 31/05/2022	AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE CORSO OSS	ANATOMIA UMANA PER OSS	DOCENTE

3) Corsi di formazione privati:

Ente / Istituto	Corso di Studi	Materia	n. ore complessive insegnamento
TERZIARIA CAT UDINE	CORSI "IL PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA"	PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA EX DM 3/03	CIRCA 36 H ANNO DAL 2013 A TUTT'ORA

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

MEMBRO DELLA SOTTOCOMMISSIONE REGIONALE LAVORO FRIULI VENEZIA GIULIA DENOMINATA "Commissione regionale per il lavoro integrata in materia di molestie morali e psico-fisiche" dal 2008 al 2016

REFERENTE REGIONALE GRUPPO ERGONOMIA FRIULI VENEZIA GIULIA DAL 01/01/2016 AL 31/05/2022
COMPONENTE GRUPPO ERGONOMIA NAZIONALE DAL 01/06/2016 AL 31/05/2022

MEMBRO DEL COMITATO SCIENTIFICO ECM PROVIDER DELL'ORDINE DEI MEDICI DI UDINE DAL 2021

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

CO -AUTORE DEL DOCUMENTO **"Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018: linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico"** (reperibile on line) come referente regionale del Friuli Venezia Giulia per il Gruppo di Lavoro Ergonomia non mi risulta essere stato pubblicato su rivista scientifica per questo non l'ho incluso nella lista delle pubblicazioni

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
CLINICA DEL LAVORO L. DEVOTO MILANO CENTRO MOBBING E DISADATTAMENTO LAVORATIVO	ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE	DA 01/12/2008 A 05/12/2008	38
		DA _____ A _____	
		DA _____ A _____	

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

HO FREQUENTATO PER UNA SETTIMANA DAL 01/12/2008 AL 05/12/2008 IL CENTRO "MOBBING E DISADATTAMENTO LAVORATIVO" DELLA CLINICA DEL LAVORO L. DEVOTO DI MILANO (NON HO PIÙ IL CERTIFICATO DI PRESENZA)

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

DICHIARO DI AVERE BARRATO LE VOCI PER LE QUALI NON AVEVO ATTIVITA' DA DICHIARARE PER NON ALTERARE LA STRUTTURA DEL CURRICULUM COME DA REQUISITO PER IL CONCORSO

Data 09/03/2023

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 09/03/2023

Firma _____