

**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 Vai Tiziana

nata a Milano il 16/6/1957

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 e degli Odontoiatri della provincia di Milano dal 15/3/1984 n. iscrizione 24251

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	22/10/1983 Durata 6 anni	Università degli Studi di Milano
Specializzazione in Medicina del Lavoro	6/11/1987 Durata 4 anni	Università degli Studi di Milano

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

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	"Female Breast cancer in Lombardy, Italy (2002 - 2009): A Case-Control Study on Occupational Risks" E. Oddone, V. Edefonti, A. Scaburri, T. Vai, P. Crosignani, M. Imbriani Am. J. Ind. Med.	2013
2	"In genere valutiamo i rischi" a cura del Gruppo Donne Salute Lavoro CGIL CISL UIL Milano (G. Galparoli, V. Rossi, T. Vai, F. Triozzi, M. Mulazzani, M. Garotta, R. Vaia, P. Mencarelli)	2014
3	"Il rischio chimico e biologico per i lavoratori nella gestione dei siti contaminati: illustrazione di casi reali nel territorio della ASL di Milano" L. Colombo, T. Vai - Rem Tech 2014	2014
4	"Il rischio chimico per i lavoratori nei siti contaminati. Manuale operativo" a cura di INAIL Dipartimento Innovazioni tecnologiche e Sicurezza degli Impianti e gruppo di lavoro -	gennaio 2015
5	"Sicuramente anch'io faccio la mia parte" a cura di L. Austa, P. Braccio, V. Bartoli., D. Bruno, J. Di Giorgio, M. Cerchioli, M. Giannoccolo, E. Guerra, L. Lodi, G. Saccu, L. Soavi, A. Tassi, T. Vai, P. Vallauri, L. Zaratini - pubblicato da ASL Milano	gennaio 2015
6	"Rischi per i lavoratori nei cantieri di bonifica e nei siti contaminati. Intersezione tra DLgs. 81/08 e DLgs. 152/06: illustrazione di casi reali nel territorio della ASL di Milano" L. Colombo, T. Vai, L. Campo, A. Iemma, A. Careghini, M. Trovato, S. Cantoni - Rem Tech 2016	2016
7	"sette domande sugli ambienti sospetti di inquinamento o confinati in condominio" a cura di ATS Milano Città Metropolitana, ATS Bergamo, ATS Insubria, ANACI - pubblicato da ATS Milano	luglio 2017
8	"Operatori della bonifica di siti contaminati: valutazione del rischio chimico inalatorio" S. Berardi, E. Bemporad, M.P. Bogliolo, A. Ledda, M.D. Mangiapia, M. Gherardi, E. Incocciati, R. Baciocchi, I. Verginelli, T. Marchi, M. Gregio, L. Visentin, L. Colombo, T. Vai, S. Vitaliti, M.G. Succu - atti 24° convegno di igiene industriale le giornate di Corvara	aprile 2018
9	"Libro d'argento Aging e-book invecchiamento e lavoro" a cura di Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione -; in www.ciip-consulta.it/	ottobre 2017
10	sette domande sugli appalti in condominio a cura di T. Vai, L. Austa, N. Delussu, G. Saccu, G. Luzzana, D. Calderini, C. Moretti, A. Regonesi, N. Pasta - pubblicazione di ATS Milano CM	01/10/2018
11	"Smart working" a cura del Gruppo Donne Salute Lavoro CGIL CISL UIL Milano (G. Galparoli, T. Vai, F. Triozzi, M. Garotta, R. Vaia, P. Mencarelli, E. Gullone, E. Cosandey)	dicembre 2021

**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)
U.S.S.L. 67 poi U.S.S.L. 32	1.2.1988	30.6. 2000	assistente medico disciplina di Medicina del Lavoro	TD
A.S.L. di Milano poi ATS Milano città Metropolitana	1.7.2000	Tutt'oggi	dirigente medico disciplina di Medicina del Lavoro	TP

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):

Controllo e promozione della prevenzione sui rischi lavorativi in attuazione della programmazione nazionale e regionale

Attività prevalente di studio e indagine sulle patologie professionali e sulle ricadute sanitarie delle esposizioni professionali.

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

A.S.L. di Milano	1.7. 2005	31/12/2015	responsabile di struttura semplice	U.O. PSAL territoriale 3
ATS Milano	01/01/2016	31/10/2017	responsabile di struttura semplice	U.O. PSAL territoriale 3
ATS Milano città Metropolitana	1.11.2017	tutt'oggi	responsabile di struttura semplice	UOS PSAL Milano Nord
ATS Milano città Metropolitana	01/08/2021	31/01/2023	Incarico di sostituto del Direttore Struttura Complessa	SC PSAL Milano

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 attività di controllo e prevenzione svolte dalla SS e dalla SC:
programmazione, coordinamento, monitoraggio delle prestazioni, promozione di sviluppo tecnico e clima collaborativo nelle equipe, comunicazione con interlocutori istituzionali e aziendali

**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):

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

presso STRUTTURE PUBBLICHE

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

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

Tipologia contratto:

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

**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

**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
borsa di studio	Sezione di Epidemiologia Occupazionale	Studio della mortalità della popolazione degli 11 comuni interessati dall'evento lcmesa ed altri argomenti di ricerca	dall'1.11.1985 al 31.10.1989

	della Clinica del Lavoro L. Devota	nell'ambito dell'epidemiologia occupazionale	
--	------------------------------------	--	--

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"/> _____
Titolo dell'evento	Quello che vorremmo saper ma non osiamo chiedere, ovvero i sistemi informativi attualmente disponibili per la conoscenza degli ambienti di lavoro
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	13/3/2013
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	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	Approccio per processi e di sistema: dalla teoria alla pratica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Eupolis
Data	18/4/2013
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	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	Il prodotto cosmetico: attività sul territorio in relazione al nuovo regolamento europeo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano

Data	Dal 22/5 al 20/11/2013
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</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"/>

N4	
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	Presentazione del sistema regionale Person@: formazione pratica all'utilizzo del modulo MA.PI., gestione degli infortuni e delle malattie professionali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	30/9/2013
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	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N5	
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	Il rischio da agenti cancerogeni negli ambienti di lavoro
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Eupolis Lombardia
Data	3/12/2013
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	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N6	
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	Miglioramento delle inchieste infortuni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	20/3/2013
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</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"/>

N7	
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Progettazione delle attività di informazione e orientamento al cittadino: raccordo con i servizi decentrati comunali

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	Dal 11/4 al 10/12 2013
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</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"/>

N8	
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 regolamento (CE) n.1907/2006 "REACH" n. 1272/2008 "CLP - livello avanzato"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Eupolis
Data	24,25/9 e 1/10/2014
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>21</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"/>

N9	
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	Potenziare la formazione degli operatori sanitari per promuovere la salute della forza lavoro anziana (progetto e-capacity)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	AO S. Paolo
Data	15/1/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>5</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 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	Aggiornamenti in materia di REACH (SDS e rischio chimico) e pianificazione dei controlli analitici sulle miscele e articoli per la determinazione delle sostanze di cui agli allegati XIV "autorizzazioni" e XVII "Restrizioni" del regolamento REACH
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	Dal 14/4 al 2/12/2015
Durata	Giorni <u>6</u> ore <u>18</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"/>

N11	
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	Sistemi di gestione della sicurezza e art. 31 DLgs 81/08. Modelli di organizzazione e gestione aziendale e applicazione del DLgs 231/2001
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	4 e 11/6 2015
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>11</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 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	Aggiornamenti in materia di REACH (SDS e rischio chimico) e pianificazione dei controlli analitici sulle miscele e articoli per la determinazione delle sostanze di cui agli allegati XIV "autorizzazioni" e XVII "Restrizioni" del regolamento REACH
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	Dal 25/5 al 13/12/2016
Durata	Giorni <u>6</u> ore <u>18</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"/>

N13	
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Invecchiamento, lavoro e accomodamento ragionevole
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Associazione Nazionale Medici d'Azienda e competenti
Data	28/11/2016
Durata	Giorni <u>1</u> ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N 14	
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Tumore del polmone e lavoro: fattori di rischio, diagnosi e tutela legale e previdenziale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Proteo Bergamo

Data	19/9/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N 15	
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	Attualità in tema di fattori psicosociali del lavoro
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Università degli studi di Milano
Data	13/10/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N16	
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	Salute e ambiente. esposizione ed effetti sulla salute. Determinanti, approcci e focus sulle criticità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	14/11/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</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"/>

N17	
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	L'idoneità/inabilità lavorativa nella pubblica amministrazione: un "ircocervo" di aspetti amministrativi, medico legali e di medicina del lavoro
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Lombardia
Data	14/12/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N 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	invecchiamento della forza lavoro: rischio o opportunità?
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	'ORDINE DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DI MILANO
Data	27/05/2019
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 5 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	<input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	<input 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	focus sulla valutazione del rischio biomeccanico: strumenti di valutazione analitica nei reparti di degenza, strategie di prevenzione
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 2 Marca trevigiana
Data	29/10/2018
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 7 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N 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	Storie di infortunio: raccontami una storia
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	18/11/2019
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 21	
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	Gli organi di controllo: quale ruolo del RLS?
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	19/06/2019
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 5 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N 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	Rischio chimico e REACH nelle attività dipartimentali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	01/04/2022-31/12/2022
Durata	Giorni <u>6</u> ore <u>18</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 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	progetto formativo per i servizi PSAL
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Polis Regione Lombardia
Data	05/10/2022-06/10/2022
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</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 24	
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	Conoscere e prevenire il rischio contagio da COVID 19
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	07/07/2020
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	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	rischi legati all'invecchiamento lavorativo e alle diversità di genere: possibili soluzioni e ruolo del RLS
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASSOLOMBARDA Servizi - FOR
Data	01/01/2022-31/12/2022
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>24</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input 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	La sicurezza e salute dei lavoratori nei siti di stoccaggio e negli impianti di trattamento e recupero dei rifiuti
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	01/12/2020
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 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	Canc Tum 2021 workshop di aggiornamento sui cancerogeni occupazionali e sui tumori che ad essi conseguono
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASUR MARCHE AREA VASTA 3
Data	22/06/2021-23/06/2021
Durata	Giorni _____ 2 _____ ore _____ 14 _____
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	Gli interventi di igiene pubblica nell'inquinamento indoor
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	23/11/2021
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 6 _____
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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	I comitati Covid e il coinvolgimento degli RLS. Rapporto con gli organi di vigilanza
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	23/02/2022
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 5 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N 30	
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	Infortuni: comportamenti individuali o mercato del lavoro? quale ruolo degli RLS
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	26/10/2022
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 5 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N 31	
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	le misure di prevenzione in epoca Covid: quale ruolo del RLS?
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	24/06/2021
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 4 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N 32	
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	il grande circo della formazione: quale ruolo degli rls
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	08/03/2023
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 5 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N 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	Formazione RLST Artigianato 2022 – Corso Base
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Organismo Paritetico Regionale dell'Artigianato
Data	10/01/2022-07/02/2022
Durata	Giorni _____ 3 _____ 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 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	Analisi dei sistemi informativi PSAL con EPINFO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano CM
Data	16/05/2019-17/05/2019
Durata	Giorni <u> 2 </u> ore <u> 15 </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"/>

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

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

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

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) presso Università:

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

2) presso scuole per la formazione di personale sanitario:

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

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

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

Di avere svolto i sottoelencati soggiorni di studio o addestramento:

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

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

Con Delibera n. 569 del 29/6/2022 è stata nominata Presidente Titolare della Commissione Tecnica Permanente per il rilascio dei pareri sull'impiego di gas tossici ambito provinciale di Milano.

Con Decreto del Sindaco Metropolitano e' stata nominata membro effettivo del Comitato Tecnico metropolitano in qualità di medico del lavoro designata da ATS Milano.

E' stata nominata con Decreto Sindacale del Comune di Milano membro effettivo nella Commissione Comunale di Vigilanza sui Locali di Pubblico Spettacolo per gli anni 2021-2023, in rappresentanza del Direttore del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria A.T.S. Milano;

Dal 2014 partecipa come ASL (ora ATS) Milano alla costituzione e funzionamento del CCP (Centro Cultura della Prevenzione) in collaborazione con Comune di Milano, CIIP, INAIL, VVFF, IITL

Dal 2015 ha promosso e partecipa al coordinamento cittadino "Casa degli RLS" nell'ambito del CCP, intervenendo in ogni iniziativa

è componente del "Gruppo Invecchiamento e Lavoro" della CIIP (Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione) partecipando alle numerose iniziative organizzate e collaborando alla produzione di un E-Book su lavoro e invecchiamento all'interno della Campagna Europea sul tema.

Dal 2013 ha promosso e partecipa al gruppo di lavoro "promozione della prevenzione in condominio" con ATS Bergamo, ATS Insubria, ANACI.

E' componente del Gruppo di lavoro nazionale nell'ambito del progetto BRIC di INAIL per l'indagine sul rischio chimico per i lavoratori addetti alla bonifica di siti contaminati.

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

(1)

Date: _____