

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA
"UOC VIGILANZA E CONTROLLO STRUTTURE SOCIO SANITARIE".**

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

La sottoscritta Stefania Boncinelli
nata a COMO il 07/08/1972

presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda 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 DPR 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 in possesso dei seguenti titoli:

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	20/10/1998 Durata 6 anni	Università degli Studi di Milano
Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva	04/11/2003 Durata 4 anni	Università degli Studi di Milano

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1	What can you find online about Nursing-home? A website analysis on the Metropolitan City of Milan S Gasparri, I Facchetti, A Pietronigro, C E Gandolfi, S Boncinelli , A Colaianni European Journal of Public Health, Volume 30, Issue Supplement_5, September 2020	30/09/2020

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

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

<i>ENTE PUBBLICO Denominazione</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento</i>	<i>Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)</i>
ATS Città Metropolitana di Milano (prima ASL Milano)	16/02/2012	Tutt'oggi	Dirigente Medico - IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA PUBBLICA	Tempo pieno
Azienda Ospedaliera Sant'Anna – Como	17/09/2003	31/10/2005	Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	Tempo Pieno

**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

<i>ENTE Denominazione</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)</i>	<i>Denominazione Incarico (fare breve descrizione)</i>
ATS Città Metropolitana di Milano	01/11/2017	Tutt'oggi	Responsabile Struttura Semplice	Responsabile UOS Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie – Ambito Milano Città Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e attività di controllo di appropriatezza sui Fascicoli sociosanitari (FASAS) delle Unità di Offerta (UdO) Sociosanitarie nell'ambito territoriale di Milano Città
ATS Città Metropolitana di	01/04/2015	31/10/2017	Responsabile Struttura Semplice	Responsabile "Struttura Semplice Anziani, Famiglia e

Milano (ex ASL Milano)				Dipendenze" afferente alla SC Controlli Sociosanitari della ASL Milano Controlli di appropriatezza UdO Sociosanitarie
------------------------	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
IRCSS Istituto Clinico Humanitas via Manzoni 56, Rozzano, Milano	1/11/2005	15/02/2012	Medico Assistente di Direzione Medico Sanitaria (Medico Assistente fascia B – Dipendente a tempo indeterminato Contratto Collettivo Nazionale Personale Medico Sanità Privata)	Medico presso la Direzione Sanitaria	Tempo pieno

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

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

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

N.1:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO X CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	16TH WORLD CONGRESS ON PUBLIC HEALTH 2020
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	World Federation of Public Health Associations (WFPHA), Italian Society of Hygiene, Preventive Medicine and Public Health (SIH) European Public Health Association (EUPHA)
Data	12 – 16 ottobre 2020
Durata	Giorni 4 ore_30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.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	ANTIBIOTICOTERAPIA SUL TERRITORIO: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA NELLE RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	18/11/20
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.3:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul campo
Titolo dell'evento	ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO: ATTIVITA' E COMPETENZE MULTIDISCIPLINARI IN UN CONTESTO IN TRASFORMAZIONE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 22/10/20 al 26/11/20
Durata	Giorni 3 ore 9
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N.4:

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	LA GESTIONE DELLE IDONEITA' LAVORATIVE COMPLESSE, RUOLO DI DIRIGENTI E PREPOSTI ALL'INTERNO DELLA RETE AZIENDALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	23/11/20 03/12/20
Durata	Giorni 2 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.5:

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	"ATS LIBERA DA CONTENZIONE" INSIEME SI PUO' (E SI DEVE)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Brianza
Data	04/12/19
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 x - no <input type="checkbox"/>
----------------------------------------	------------------------------------

N.6:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO x EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO: ATTIVITA' E COMPETENZE MULTIDISCIPLINARI IN UN CONTESTO IN TRASFORMAZIONE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	25/11/19 27/11/19
Durata	Giorni 2 ore 11
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no x

N.7:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO x EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	LA RESPONSABILITA' DEI PUBBLICI ACCERTATORI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	12/11/2019 22/11/2019
Durata	Giorni 2 ore 12
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.8:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO x CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	LA GESTIONE DEL DOLORE E DEL FINE VITA: PERCORSI DI UMANIZZAZIONE DELLE CURE NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	17/10/2019
Durata	Giorni_1_ ore_6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>

N.9:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO x EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	RUOLI, FUNZIONI, RESPONSABILITA' DELLE COMPAGNI SOCIETARIE. QUALI CAMBIAMENTI NEL TERZO SETTORE A SEGUITO DEL NUOVO CODICE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	10/10/2019 14/10/2019
Durata	Giorni_2 ore_6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>

N.10:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	LE PROFESSIONI SANITARIE NEL S.S.N./R. - APPROFONDIMENTI NORMATIVI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	02/10/19
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.11:

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	TAVOLO DI LAVORO INTERAZIENDALE PER L'APPROPRIATA PRESA IN CARICO NEI SERVIZI PER LE CURE PALLIATIVE
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 27/06/2019 al 04/07/2019
Durata	Giorni_3 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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	GLI STRUMENTI DI GESTIONE PER LO SVILUPPO DELLE ATTIVITA' DI PRESA IN CARICO E DELLE PROGETTUALITA' DI PREVENZIONE/PROMOZIONE DEI CONSULTORI FAMILIARI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 15/05/19 al 16/10/19
Durata	Giorni_ 4 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.13:

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"/> Gruppo di Miglioramento
Titolo dell'evento	GESTIONE DELLE FASI DEL PROCEDIMENTO DI VIGILANZA E DEL PROCEDIMENTO DI APPROPRIATEZZA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE e Responsabile scientifico
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 06/03/2019 al 17/04/2019
Durata	Giorni 5 ore_20
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 x
----------------------------------------	------------------------------------

N.14:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO x CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA DI VALUTAZIONE DEI PROGETTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E DELLE RELATIVE MODALITÀ DI CONTROLLO
In qualità di	x RELATORE e Responsabile scientifico <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	12/12/2018
Durata	Giorni_1 ore 6
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.15:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO x CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	L'impatto economico-organizzativo delle attività burocratico-adempimentali nelle RSA Lombarde: prospettive di semplificazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Osservatorio RSA – LIUC Business School
Data	23/10/2018
Durata	Giorni_1 ore_4,5
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no x
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no x

N.16:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	LA GESTIONE DEI MEDICINALI E LA CORRETTA TENUTA DEI REGISTRI IN RSA/RSD E STRUTTURE DI CURE INTERMEDIE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	11/10/2018
Durata	Giorni_1 _____ ore_4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>

N.17:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO x CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	PROSPETTIVE PER IL SETTORE SOCIO SANITARIO: DAL PRESENTE AL FUTURO, L'EVOLUZIONE DELLE CURE DEGLI ANZIANI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SDA Bocconi
Data	17/09/2018
Durata	Giorni_1 ore_5
Specificare se l'attività formativa è	si <input type="checkbox"/> - no x

ECM	
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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	QUALITA' DELLA VITA IN RSA - LABORATORIO 2 ANNO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 23/05/2018 al 03/07/2018
Durata	Giorni 4_ ore 20
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 type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FSC gruppo di miglioramento
Titolo dell'evento	ESPERIENZE DI VIGILANZA NEL TERRITORIO DI MILANO CITTA': REQUISITI ORGANIZZATIVI, GESTIONALI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE e responsabile scientifico
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 10/04/18 al 30/11/18
Durata	Giorni_4_ 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 type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

N. 20:

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"/> FSC gruppo di miglioramento
Titolo dell'evento	I CASI SIGNIFICATIVI NELL'AMBITO DEI SOPRALLUOGHI DI CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE e responsabile scientifico
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	Dal 13/04/18 al 16/11/18
Durata	Giorni_4_ 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 type="checkbox"/> - no <input checked="" 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	IL FASAS INFORMATIZZATO COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA'
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano

Data	26/03/18
Durata	Giorni_1 ore 7
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. 22:

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	QUALITA' DELLA VITA IN RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	15/11/17
Durata	Giorni_1 ore 7
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"/>

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	QUALITA' DELLA CURA E QUALITA' DELLA VITA IN RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	20/04/2017
Durata	Giorni_1 ore_2
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no x
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no x

ATTIVITÀ DIDATTICA (materie attinenti la posizione da conferire)

I'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
A.A. 2009/2010	Università degli Studi di Milano – Facoltà di Medicina e Chirurgia	Sanità Pubblica – Modulo Igiene Generale e Applicata	Attività didattica tecnico-applicativa integrativa del Corso (insegnamento a titolo non oneroso)
A.A. 2008/2009	Università degli Studi di Milano – Facoltà di Medicina e Chirurgia	Corso di Sanità Pubblica – Modulo Igiene Generale e Applicata	Attività didattica tecnico-applicativa integrativa del Corso (Professore a contratto – 20 ore insegnamento a titolo non oneroso)
A.A. 2007/2008 CdI Magistrale in Medicina e Chirurgia	Università degli Studi di Milano – Facoltà di Medicina e Chirurgia	Corso Sanità Pubblica "L'Organizzazione dei Servizi Sanitari"	Attività didattica tecnico-applicativa integrativa del Corso (insegnamento a titolo non oneroso)

A.A. 2005/2006 Cdl Magistrale in Medicina e Chirurgia	Università degli Studi di Milano - Facoltà di Medicina e Chirurgia	Corso di Sanità Pubblica per il settore MED/42 Igiene Generale e Applicata	Professore a contratto (40 ore)
A.A. 2004/2005 Cdl Specialistica in Medicina e Chirurgia (sezione Humanitas)	Università degli Studi di Milano - Facoltà di Medicina e Chirurgia	Corso di Igiene Generale e Applicata per il settore MED/42	Professore a Contratto (10 ore)

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

dal 01/08/2019 al 30/06/2020 attività a frequenza parziale (fino a due giorni a settimana) presso l'ACSS (Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo), a seguito di convenzione tra ACSS e ATS Milano, nell'ambito del PROGETTO: "SVILUPPO DI ATTIVITA' DI CONTROLLO DEL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO SANITARIO E SOCIO SANITARIO SPECIFICA PER L'AGENZIA DI CONTROLLO".

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Data

06/07/2021

Firma



Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.