

ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO QUINQUENNALE DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA "UOC VIGILANZA FARMACEUTICA".

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

La sottoscritta PAZZI SILVIA

nata a Milano il 13.03.1966

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 Farmacisti delle province di Milano, Lodi, Monza e Brianza dal 15/01/1991 n. iscrizione 8628

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 Farmacia	02/07/1990 Durata 4 anni	Università degli studi di Pavia
Specializzazione in Farmacia Ospedaliera	13/07/2003 Durata 3 anni	Università degli studi di Milano

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI
(la produzione scientifica deve essere pubblicata su riviste italiane o straniere e deve essere strettamente pertinente alla disciplina bandita)

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

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1	"Sorveglianza attiva delle reazioni avverse dopo vaccinazione anti-HPV": analisi dei dati relativi all'ASL Milano 1	Giornale Italiano di Farmacia Clinica, 26, 2-3, 2012

2	Analisi dei risultati del progetto "Sorveglianza attiva degli eventi avversi dopo vaccinazione anti-HPV della ASL Milano 1"	Bollettino SIFO vol 58 num 5 anno 2012
3	Farmacovigilanza in pediatria: l'esperienza territoriale dell'ASL Milano 1	Il Pensiero Scientifico Editore Bollettino SIFO num 6 vol 59 anno 2013
4	PROGETTO MEAP: andamento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse in ambito pediatrico nella ASL Milano 1 dal 2010 al 2012"	Giornale Italiano di Farmacia Clinica, 27, 3-4, 2013
5	Utilizzo off-label di Montelukast per l'asma	Area Pediatrica (Rivista ufficiale di Formazione continua della Società Italiana di Pediatria) vol 15 num 2 apr-giu 2014
6	Monitoraggio della prescrizione dei farmaci antipsicotici dopo l'abolizione del piano terapeutico nell'ASL Milano 1	Il Pensiero Scientifico Editore Bollettino SIFO num 3 vol 61 anno 2015
7	Analisi dell'aderenza alla terapia farmacologica dell'ipotiroidismo nella ASL Milano 1	Giornale italiano di Farmacia clinica 2015, 29 Suppl 1 al n 3
8	Monitoraggio delle prescrizioni di Broncovaleas soluzione da nebulizzare in seguito alla Nota Informativa di AIFA di ottobre 2014	Il Pensiero Scientifico Editore Bollettino SIFO num 3 vol 62 anno 2016
9	Analisi del consumo di medicinali antidepressivi (ATC N06A) nella popolazione di età compresa fra 0 e 19 anni nel territorio della ex-ASLM11, negli anni 2011-2015	Bollettino SIFO 2016; 62(6):326-330
10	Monitoraggio delle prescrizioni in nota Aifa 91 nel territorio della ex ASL Milano 1	Atti del XXXVII Congresso Nazionale SIFO Il Pensiero Scientifico Editore

**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)
ASL Milano 1	01/06/10	12/11/15	Farmacista dirigente a tempo indeterminato disciplina farmaceutica territoriale assegnata alla UOC controlli vigilanza e Ispezione Farmaceutica	Tempo pieno

ASL Milano 1 poi confluita in ATS Milano	13/11/15	31/10/17	Farmacista dirigente a tempo indeterminato con incarico professionale di alta specializzazione di tipo A "Referente area vigilanza File F" disciplina farmaceutica territoriale assegnata alla UOS Vigilanza Ispettiva	Tempo pieno
ATS Città metropolitana di Milano	01/11/17	30/11/19	Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile UOS Governo assistenza farmaceutica ospedaliera disciplina farmaceutica territoriale afferente alla UOC pianificazione, controllo e appropriatezza farmaceutica	Tempo pieno
ATS Città metropolitana di Milano	01/12/19	A tutt'oggi	Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Ovest disciplina farmaceutica territoriale afferente alla UOC Vigilanza Farmaceutica	Tempo pieno
ATS Città metropolitana di Milano	01/12/20	31/12/20	Alla funzione di Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Ovest disciplina farmaceutica territoriale <u>si aggiunge</u> quella di referente UOC Vigilanza Farmaceutica con delega di firma degli atti connessi a tale funzione	Tempo pieno
ATS Città metropolitana di Milano	01/01/21	30/06/22	Alla funzione di Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile della UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Ovest <u>si aggiunge</u> quella di sostituto del Direttore della UOC Vigilanza Farmaceutica disciplina farmaceutica territoriale	Tempo pieno
ATS Città metropolitana di Milano	01/07/22	A tutt'oggi	Alla funzione di Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Ovest disciplina farmaceutica territoriale <u>si aggiunge</u> quella di referente UOC Vigilanza Farmaceutica con delega di firma degli atti connessi a tale funzione	Tempo pieno

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):

Nel corso degli anni dal 2010 ad oggi, l'attività svolta presso la ex ASL Milano 1 confluita in ATS Milano è consistita, a tempo pieno, nello svolgere le seguenti mansioni:

- controllo e vigilanza autorizzativa ed ispettiva su farmacie, esercizi commerciali di cui all'art 5 L 248/06, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie (con particolare riferimento, nelle ultime due tipologie di strutture elencate, alla gestione dei farmaci stupefacenti). Nel periodo di responsabilità UOS Governo assistenza farmaceutica Ospedaliera, nelle strutture sanitarie di ATS Milano, i controlli vertevano anche sulle erogazioni farmaci in File F
- attività autorizzativa relativa all'apertura di farmacie, distributori, dispensari
- revoca autorizzazione farmacie, distributori, dispensari
- verifica requisiti degli esercizi commerciali
- autorizzazione trasferimento locali farmacie, distributori, dispensari
- affidamento/riaffidamento dispensari
- concessione titolarità farmacie ed autorizzazione trasferimenti titolarità
- vidimazione registri stupefacenti
- coordinamento, programmazione ed autorizzazione del calendario turni, orari di apertura e ferie delle farmacie e conseguente predisposizione delibera
- pareri sulle modifiche delle piante organiche delle farmacie
- autorizzazioni alle gestioni provvisorie delle farmacie da parte degli eredi
- autorizzazioni sostituzioni direttore tecnico di farmacie
- autorizzazioni sostituzioni direttore tecnico di distributori
- autorizzazioni chiusure straordinarie o modifiche all'orario di apertura delle farmacie o ai turni
- verifica e rilascio certificazioni stati di servizio dei farmacisti territoriali
- autorizzazioni alla vendita online di farmaci
- attività sanzionatoria di competenza

E quanto descritto in relazione alla successiva tabella sugli incarichi di responsabilità.

**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
ATS Città metropolitana di Milano	01/11/17	30/11/19	Responsabile Struttura Semplice	Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile UOS Governo assistenza farmaceutica ospedaliera disciplina

				farmaceutica territoriale
ATS Città metropolitana di Milano	01/12/19	A tutt'oggi	Responsabile Struttura Semplice	Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Ovest disciplina farmaceutica territoriale
ATS Città metropolitana di Milano	01/12/20	31/12/20	Responsabile Struttura Semplice e referente UOC	Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Ovest disciplina farmaceutica territoriale e referente UOC Vigilanza Farmaceutica con delega di firma degli atti connessi a tale funzione
ATS Città metropolitana di Milano	01/01/21	30/06/22	Responsabile Struttura Semplice e FF Direttore Struttura Complessa	Farmacista Dirigente a tempo indeterminato responsabile della UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Ovest e sostituto del Direttore della UOC Vigilanza Farmaceutica disciplina farmaceutica territoriale
ATS Città metropolitana di Milano	01/07/22	A tutt'oggi	Responsabile Struttura Semplice e referente UOC	Farmacista dirigente a tempo indeterminato responsabile UOS Vigilanza Farmaceutica Milano Ovest disciplina farmaceutica territoriale e referente UOC Vigilanza Farmaceutica con delega di firma degli atti connessi a tale funzione

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

Dal 2010 ad oggi, l'attività svolta presso la ex ASL Milano 1 confluita in ATS Milano è consistita, a tempo pieno, nello svolgere le seguenti mansioni:

Nel periodo di responsabilità UOS Governo assistenza farmaceutica Ospedaliera (01.01.17-30.11.19), nelle strutture sanitarie, i controlli vertevano sulle erogazioni farmaci in File F.

Tali mansioni si aggiungevano a:

- controllo e vigilanza autorizzativa ed ispettiva su farmacie, esercizi commerciali di cui all'art 5 L 248/06, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie (con particolare riferimento, nelle ultime due tipologie di strutture elencate, alla gestione dei farmaci stupefacenti).
- attività autorizzativa relativa all'apertura di farmacie, distributori, dispensari
- revoca autorizzazione farmacie, distributori, dispensari
- verifica requisiti degli esercizi commerciali
- autorizzazione trasferimento locali farmacie, distributori, dispensari
- affidamento/riaffidamento dispensari
- concessione titolarità farmacie ed autorizzazione trasferimenti titolarità
- vidimazione registri stupefacenti
- coordinamento, programmazione ed autorizzazione del calendario turni, orari di apertura e ferie delle farmacie e conseguente predisposizione delibera
- pareri sulle modifiche delle piante organiche delle farmacie
- autorizzazioni alle gestioni provvisorie delle farmacie da parte degli eredi
- autorizzazioni sostituzioni direttore tecnico di farmacie
- autorizzazioni sostituzioni direttore tecnico di distributori
- autorizzazioni chiusure straordinarie o modifiche all'orario di apertura delle farmacie o ai turni
- verifica e rilascio certificazioni stati di servizio dei farmacisti territoriali
- autorizzazioni alla vendita online di farmaci
- attività sanzionatoria di competenza

Direzione ed organizzazione delle strutture direttamente affidate in base agli incarichi elencati nella tabella sopra riportata. Rapporti con la Responsabile del Dipartimento ed anche con la Direzione Aziendale ed altri Dipartimenti per il raggiungimento degli obiettivi assegnati e la soluzione di problematiche complesse anche di tipo giuridico relative alle funzioni istituzionali. Rapporti con le Associazioni di categoria e altri enti di controllo (NAS, Ministero della Salute, Regione Lombardia, altre ATS, Ordine dei Farmacisti). Organizzazione di attività specifiche in collaborazione con terzi es Ordine dei Farmacisti per l'attività di vigilanza. Rapporti con titolari o legali dei soggetti sottoposti a controllo. Collaborazione trasversale con altre UOS/UOC del Dipartimento o più in generale dell'ATS. Supporto alle ASST ed ai soggetti sottoposti a controllo per la soluzione di problemi specifici e per un processo migliorativo delle prestazioni erogate.

La tipologia quali-quantitativa delle prestazioni erogate è sempre stata coerente con le norme e con l'attuazione degli obiettivi Regionali 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)
Farmacia Eredi Caroli Via del	07/02/91	01/01/92	Farmacista collaboratore	Farmacista collaboratore	Tempo pieno 40 ore

Carroccio, 19 Gaggiano (MI)			dipendente di farmacia privata		
Farmacia S. Anna via Togliatti, 123 Rozzano (MI)	01/12/92	30/11/01	Farmacista collaboratore dipendente di farmacia privata	Farmacista collaboratore	Tempo pieno 40 ore
Farmacia Marischi via Emilia ang. Romagna Buccinasco (MI)	03/12/01	31/05/10	Farmacista collaboratore dipendente di farmacia privata	Farmacista collaboratore	Part time 50% pari a 20 ore settimanali

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):

attività di farmacista collaboratore presso farmacie aperte al pubblico per tutto il tempo relativo a ciascun impiego. Le principali mansioni svolte sono sintetizzabili in:

- dispensazione di medicinali a fronte di prescrizione medica dopo aver effettuato il controllo formale delle ricette
- erogazione di medicinali senza obbligo di prescrizione in relazione alla patologia presentata dall'utente
- consigli relativi ad altri prodotti in vendita presso la farmacia (integratori alimentari, prodotti cosmetici, alimenti speciali, dispositivi medici ecc)
- gestione degli acquisti (sia diretti che tramite grossisti)
- verifica delle scadenze e lo stato di conservazione dei prodotti in magazzino ed eventuale ritiro di lotti di prodotti invendibili
- gestione laboratorio galenico
- gestione farmaci stupefacenti (acquisto, custodia e documentazione relativa)
- tariffazione ricette poste a rimborso SSN
- misurazione pressione arteriosa

**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 sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
Farmacie Comunal Corsichesi – Corsico (MI)	01/11/93	31/01/96	Farmacista collaboratore libero professionista	Monte ore totale 410 ore

Tipologia contratto:

Libero Professionale

Co.Co.co

Consulenza/ Collaborazione Occasionale

ENTE Denominazione sede	DAL (gg/mm/a a)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
Farmacia Comunale Via Marzabotto, 1 Buccinasco (MI)	02/01/92	31/10/92	Farmacista collaboratore libero professionista	Monte ore totale 160 ore
<p>Tipologia contratto:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.co</p> <p><input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale</p>				

**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
Farmacista borsista	Istituto Clinico Humanitas Rozzano Via Alessandro Manzoni, 56 Rozzano (MI) 20089	Durante l'incarico sono stati approfonditi temi quali: distribuzione diretta farmaci, verifica carrelli inviati ai reparti; produzione di preparazioni galeniche; gestione e dispensazione di farmaci sperimentali	Da 15/11/04 a 14/03/05

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	Farmacovigilanza e vigilanza ispettiva: il ruolo dell'ASL
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Asl Milano 1
Data	22/05/13
Durata	Giorni - 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.2:

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	Flussi di farmaceutica – Rispetto delle tempistiche di invio
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	AO Salvini Garbagnate M. (Mi)
Data	3 edizioni nelle date: 20/05/14; 27/05/14 e 04/06/14
Durata	Giorni 3 edizioni di 2 ore ciascuna
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	Farmacovigilanza e vigilanza ispettiva: il ruolo dell'ASL
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	22/05/13
Durata	Giorni una edizione ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.4:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Farmacovigilanza e territorio: evidenze e criticità nella popolazione ultra65enne
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	21/10/15
Durata	Giorni una edizione 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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La valutazione di appropriatezza della terapia farmacologica: metodologia e strumenti di monitoraggio
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	COGEST M. & C. Srl per Regione Veneto
Data	07/11/18
Durata	Giorni una edizione ore 4:45
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.6:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Corso introduttivo alla farmacovigilanza
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Wolters Kluwer Health Italy
Data	Corso FAD asincrono attestato del 19/04/12
Durata	Giorni _____ 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.7:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Farmacovigilanza: normativa, modulistica e progettualità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	22/05/12
Durata	Giorni _____ 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.8:

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	Farmaci stupefacenti e sostanze psicotrope: legislazione ed aspetti territoriali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Milano 1
Data	07/06/12
Durata	Giorni _____ 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. 9:

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	Analgesici oppioidi: uso, abuso e addiction
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Veneto
Data	23/05/14
Durata	Giorni _____ 1 _____ 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.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	Medicinali contenenti sostanze stupefacenti: adempimenti e responsabilità del farmacista nell'acquisto, detenzione e dispensazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Imagine per Ordine dei Farmacisti di Milano
Data	Corso FAD asincrono attestato del 02/03/15
Durata	Giorni _____ 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.11:

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 politica del farmaco innovazioni legislative e organizzative Il farmacista e il direttore sanitario si incontrano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Devital Service spa
Data	03/12/15
Durata	Giorni 1 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.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	Vigifarmaco, la nuova piattaforma per la segnalazione online
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Zadig
Data	Corso FAD asincrono attestato del 10/02/16
Durata	Giorni _____ 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.13:

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 responsabilità del farmacista nella dispensazione dei medicinali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Imagine per Ordine dei farmacisti
Data	Corso FAD asincrono attestato del 13/04/16
Durata	Giorni _____ 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 checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Farmacovigilanza e risk management in RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	25/11/16
Durata	Giorni _____ 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.15:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La gestione del farmaco nelle RSA: linee guida e criteri anche ai fini dell'accreditamento
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Bergamo

Data	26/05/16
Durata	Giorni _____ 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.16:

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	Il valore della prevenzione vaccinale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ggallery
Data	Corso FAD asincrono attestato del 16/03/17
Durata	Giorni _____ ore _____
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 <input type="checkbox"/> CONVEGNO x EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Cannabis- un'opportunità terapeutica: legislazione e ruolo del farmacista
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ordine dei Farmacisti Mi
Data	06/07/17
Durata	Giorni _____ ore 3
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.18:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	x CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	L'attuazione della L.R. 23/2015 sul territorio dell'ATS della città metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE x PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	03/01/17
Durata	Giorni _____ ore 1
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.19:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO x EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La trasparenza e l'anticorruzione all'interno dell'ATS della città metropolitana di Milano

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	Corso FAD asincrono attestato del 09/02/18
Durata	Giorni _____ ore 1,5
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)	CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> FSC
Titolo dell'evento	Miglioramento e condivisione di procedure e strumenti comuni per lo svolgimento della vigilanza ispettiva
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	Dal 19/04/17 al 28/09/17
Durata	Giorni _____ 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.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	Farmacovigilanza e risk management in RSA per una completa presa in carico del paziente
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	16/11/17
Durata	Giorni _____ 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.22:

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
Titolo dell'evento	Il Dipartimento Farmaceutico: le sue attività e le sue articolazioni organizzative
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	Dal 09/05/18 al 04/07/18
Durata	Giorni _____ ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.23:

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

casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	L'attività ispettiva dei pubblici dipendenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	25/10/18
Durata	Giorni _____ 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.24:

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 farmacie convenzionate SSN procedure esecutive/concorsuali e cessioni del credito
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	22/11/18
Durata	Giorni _____ 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.25:

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	Farmacia dei servizi e test di laboratorio; normativa e istruzioni per l'uso
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Federazione Ordine dei Farmacisti Italiani
Data	Corso FAD asincrono data attestato 01/01/18
Durata	Giorni _____ 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.26:

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	Il corretto utilizzo della cannabis a uso medico
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Superiore di Sanità
Data	Corso FAD asincrono data attestato 25/07/19
Durata	Giorni _____ 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.27:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Sicurezza informatica in ambito sanitario
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	Corso FAD attestato del 22/05/19
Durata	Giorni _____ ore 2
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.28:

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 normativa della ricetta veterinaria- ricetta elettronica veterinaria
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Federazione Ordine dei Farmacisti Italiani
Data	Corso FAD data attestato 18/04/19
Durata	Giorni _____ ore _____
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.29:

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"/> <u>FSC</u> _____
Titolo dell'evento	Condivisione degli approcci ispettivi in ambito farmaceutico
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	15/05/19-11/10/19
Durata	Giorni _____ 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.30:

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"/> <u>FSC</u> _____
Titolo dell'evento	Evoluzione delle attività del Servizio Farmaceutico ATS e le sue articolazioni organizzative
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	15/05/19-19/06/19
Durata	Giorni _____ 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.31:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> progetto FAD e-learning
Titolo dell'evento	Il conflitto di interessi e le scelte comportamentali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	Data attestato 20/01/20
Durata	Giorni _____ ore 1
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.32:

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 redazione degli atti in ATS Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	11/11/19
Durata	Giorni _____ 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.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	La farmacovigilanza come strumento di tutela della salute
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	20/11/19
Durata	Giorni _____ 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.34:

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
Titolo dell'evento	Funzioni del Dipartimento Farmaceutico: focus sulle preparazioni galeniche e cannabis terapeutica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore	ATS Milano
Data	Dal 12/06/20 al 22/10/20
Durata	Giorni _____ 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.35:

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
Titolo dell'evento	Condivisione degli approcci ispettivi in ambito farmaceutico
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	10/07/20 - 30/10/20
Durata	Giorni _____ 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.36:

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	Covid-19 e test diagnostici. Aspetti scientifici, regolatori e operativi
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Imagine
Data	Corso FAD asincrono data attestato 09/03/21
Durata	Giorni _____ ore _____
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.37

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 del farmaco in ambito veterinario: elementi normativi e focus sugli stupefacenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Milano
Data	10/11/20
Durata	Giorni _____ ore 3
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.38

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"/> _____ FAD _____
--	---

Titolo dell'evento	Abuso di farmaci e sostanze stupefacenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FOFI
Data	Corso FAD asincrono data attestato 21/01/21
Durata	Giorni _____ ore _____
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.39

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"/> __FAD_____
Titolo dell'evento	Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS COV2: preparazione e contrasto
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISS
Data	Corso FAD asincrono data attestato 17/03/20
Durata	Giorni _____ ore _____
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"/>

**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
800 ore anno accademico 2012-2013	Statale di Milano	Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera Facoltà di Scienze del Farmaco	Tutor
650 ore anno accademico 2013-2014	Statale di Milano	Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera Facoltà di Scienze del Farmaco	Tutor
200 ore anno accademico 2016-2017	Statale di Milano	Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera Facoltà di Scienze del Farmaco	Tutor

400 ore anno accademico 2018-2019	Statale di Milano	Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera Facoltà di Scienze del Farmaco	Tutor
50 ore + 10 accessi ispettivi anno accademico 2020-2021	Statale di Milano	Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera Facoltà di Scienze del Farmaco	Tutor

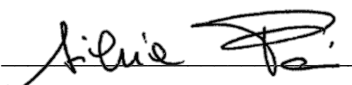
Ulteriori attività

DESCRIZIONE

Membro del Gruppo di lavoro regionale "Servizio di accesso personalizzato ai farmaci" come da Nota RL Protocollo G1.2022.0007474 del 03/02/2022 ad oggetto: Documento regionale su allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti. Finalità del GDL è stata quella di elaborare un atto di indirizzo utile sia alle farmacie che alle ATS, per superare possibili difformità sul territorio in merito all'attività di debblistering e riconfezionamento personalizzato di farmaci

Membro del Tavolo Di Lavoro Vigilanza Farmaceutica istituito da ACSS (Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo) avente come finalità la produzione di raccolte di documenti di orientamenti operativi per l'omogeneizzazione dei comportamenti in fase di vigilanza ispettiva in farmacia.

Data 08.10.2022

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 08.10.2022

Firma 