

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA
"SC SANITA' ANIMALE".**

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

Il sottoscritto LIPARI ANTONINO

Nato a MOTTA D' AFFERMO (ME) il 27/10/1971

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.

Iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Veterinari della provincia di Messina dal 20/07/2000 al 08/02/2006 n. iscrizione 401

Di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Veterinari della provincia di Milano dal 09/02/2006 n. iscrizione 02962

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 Veterinaria	05/11/1999 Durata 5 anni	Università degli Studi di Messina facoltà di Medicina Veterinaria
Specializzazione in Ispezione degli Alimenti di Origine Animale	11/07/2003 Durata 3 anni	Università degli studi di Pisa facoltà di Medicina Veterinaria
Corso di perfezionamento in Sanità Pubblica Veterinaria in Aree Montane	21/10/2001 Durata 1 anno (80 ore)	Università degli Studi di Messina Dipartimento di Patologia, Malattie Infettive e Ispezione degli Alimenti O.A.
Corso di perfezionamento in Legislazione Veterinaria: dell'Area Funzionale di Igiene degli Alimenti di Origine Animale	18/03/2005 Durata 6 mesi	Università degli Studi di Milano facoltà di Medicina Veterinaria

Corso di perfezionamento in Diritto e Legislazione Veterinaria	25/06/2010 Durata 6 mesi	Università degli Studi di Milano facoltà di Medicina Veterinaria
Corso di perfezionamento in Diritto e Legislazione Veterinaria	16/10/2015 Durata 6 mesi	Università degli Studi di Milano facoltà di Medicina Veterinaria

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

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

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

Seguire attentamente le istruzioni:

Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice. Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo. Indicare solo le pubblicazioni degli ultimi dieci anni e attinenti all'incarico per cui si concorre.

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

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

13		
14		

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

Seguire attentamente le istruzioni:

**SERVIZI PRESTATI CON RAPPORTO DI DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)
PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**

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

<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>
Azienda Sanitaria Locale Milano – Corso Italia 19-20122 Milano (MI)	01 luglio 2009	30 giugno 2010	Dirigente Veterinario Area Igiene degli Alimenti di Origine Animale	Tempo determinato Tempo pieno
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1 – via Donatore di Sangue 50- 20013 –Magenta (MI)	01 luglio 2010	31 dicembre 2015	Dirigente Veterinario Area Sanità Animale	Tempo indeterminato Tempo pieno
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano Distretto Veterinario Ovest Milanese- sede Magenta	01 gennaio 2016	31 gennaio 2021	Dirigente Veterinario Area Sanità Animale	Tempo indeterminato Tempo pieno
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano Dipartimento Veterinario sede Segrate	01 febbraio 2021	31 gennaio 2026 (ad oggi)	Dirigente Veterinario Area Sanità Animale -Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale	Tempo indeterminato Tempo pieno

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

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

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

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

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001" ... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

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

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

ENTE Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art.22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)	Denominazione Incarico
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1/A.T.S. Città Metropolitana di Milano	12 novembre 2015	11 novembre 2018	Dirigente Veterinario con incarico professionale di alta Specializzazione C1	Referente ASL dei controlli di condizionalità.
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano	17 dicembre 2018.	31 gennaio 2021	Dirigente Veterinario Area Sanità Animale con incarico professionale di alta specializzazione	Supporto alla gestione delle attività di sanità pubblica veterinaria inerenti lo sanità animale"
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano	01 febbraio 2021	31/01/2026.	Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD)	Anagrafi Zootecniche e Bonifica Sanitaria
Agenzia di Tutela della Salute Della Città Metropolitana di Milano	18/05/2022	20/03/2023 (Ad oggi)	Referente pro tempore Direttore SC SA	SC Sanità Animale

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

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

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

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

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001" ... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**servizi prestati con 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)
Gruppo Carrefour Italia	05/11/2007	31/10/2008	Specialista Controllo Qualità Pesce Inquadramento al 3° livello del vigente CCNL per i dipendenti del terziario, distribuzione e servizi	Specialista Controllo Qualità Pesce	Tempo determinato Tempo pieno

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

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

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

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

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001" ... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

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

presso STRUTTURE PUBBLICHE

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

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
Azienda Unita Sanitaria Locale Modena	02/05/2006	01/05/2007	Veterinario Libero Professionista Area Igiene degli Alimenti di Origine Animale - presso macello Italcarni di Carpi (Mo)	12 ore settimanali

Tipologia contratto:

Libero Professionale

Co.Co.co

Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Azienda Sanitaria Locale di Milano	01/12/2008	31/05/2009	Veterinario libero Professionista Area Igiene degli Alimenti di Origine Animale	878 ore totali
---------------------------------------	------------	------------	--	----------------

Tipologia contratto: Libero Professionale Co.Co.co Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Ente Nazionale Protezione Animale	01/10/2006	31/01/2008	Veterinario Libero Professionista Attività clinica presso la sede di via Gassendi Milano	4 ore settimanali
--------------------------------------	------------	------------	---	-------------------

Tipologia contratto: Libero Professionale Co.Co.co Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Azienda Unità Sanitaria Locale n. 5 Messina	27/09/2000	29/12/2000	Veterinario libero professionista per l'espletamento dei piani nazionali di eradicazione per TBC- BRUC- LEB presso il distretto di Mistretta	Tre giorni settimanali
--	------------	------------	--	------------------------

Tipologia contratto: Libero Professionale Co.Co.co Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Azienda Unità Sanitaria Locale n. 5 Messina	01/04/2001	03/09/2001	Veterinario libero professionista per l'espletamento dei piani nazionali di eradicazione per TBC- BRUC- LEB presso il distretto di Sant' Agata di Militello	Tre giorni settimanali
--	------------	------------	---	------------------------

Tipologia contratto: Libero Professionale Co.Co.co Consulenza/ Collaborazione Occasionale

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

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001" ... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**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.
Clinica veterinaria di Basiglio	02/01/2002	30/10/2007	Veterinario Libero Professionista Attività clinica presso la sede di Piazza Monsignor Rossi - Basiglio	Tre giorni a settimana

Tipologia contratto: Libero Professionale Co.Co.co Consulenza/ Collaborazione Occasionale

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

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**BORSA DI STUDIO
CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA**

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

Tipologia	Ente erogatore	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine gg/mm/aa
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____

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

Seguire attentamente le istruzioni:

CORSI, CONGRESSI, CONVEGNI E SEMINARI

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato. Indicare solo i corsi aggiornamento degli ultimi dieci anni e che siano affinenti 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 <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	BIOSICUREZZA NEGLI ALLEVAMENTI SUINI E PREVENZIONE DELLA PESTE SUINA AFRICANA:
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	21 e 28 FEBBRAIO 2023 e 07 MARZO 2023
Durata	Giorni 3 ore 6
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	PESTE SUINA AFRICANA: MISURE PREVENZIONE, BIOSICUREZZA E CONTENIMENTO DEL CINGHIALE, NORMATIVA E GESTIONE DI UN FOCALIAIO
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	19/12/2022
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	AGGIORNAMENTO PER ADDETTI ALLA PREVENZIONE INCENDI, LOTTA ANTINCENDIO E GESTIONE DELL' EMERGENZA: RISCHIO MEDIO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	02/12/2022
Durata	Giorni 1 ore 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.4:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	TEAM WORKING
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Data	08/11/2022
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.5:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	CORSO DI FORMAZIONE SULLE BIOSICUREZZE NELL' ALLEVAMENTO DEL SUINO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILA ROMAGNA
Data	12/10/2022-19/10/2022
Durata	Giorni 2 ore 6
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.6:

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	BIOSICUREZZE NELL' ALLEVAMENTO SUINO: EVENTO CONCLUSIVO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILA ROMAGNA
Data	30/11/2022
Durata	Giorni 1 ore 3,15
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.7:

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	MODALITA' DI ESECUZIONI CONTROLLI; IDENTIFICAZIONE E REGISTRAZIONE DELLE SPECIE DI INTERESSE ZOOTECNICO NELLA BANCA DATI NAZIONALE (BDN)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILA ROMAGNA
Data	23/09/2022
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.8:

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	REQUISITI DI BIOSICUREZZA DEGLI STABILIMENTI CHE DETENGONO SUINI E CONTROLLO UFFICIALE ALLA LUCE DEL DECRETO 28 GIUGNO 2022
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	DIREZIONE GENERALE WELFARE VETERINARIA
Data	14/09/2022
Durata	Giorni 1 ore 6
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.9:

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	LA LEISHMANIOSI IN OTTICA ONE HEALTH
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA
Data	30/05/2022
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.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	ARGOMENTI DI SANTA' PUBBLICA VETERINARIA 2022
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA
Data	04 APRILE - 04-18-25 MAGGIO-08 GIUGNO 2022
Durata	Giorni 5 ore 40
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	IL PIANO DI MONITORAGGIO SANITARIO DELLA FAUNA SELVATICA IN REGIONE LOMBARDIA. FONDAMENTI E MODALITA' APPLICATIVI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILA ROMAGNA
Data	23/05/2022
Durata	Giorni 1 ore 3,5
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.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	IL DIRIGENTE NEL SISTEMA DI PREVENZIONE AZIENDALE: POTERI, DOVERI, RESPONSABILITA' CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	12-13/09/2022
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

N.13:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	APPROFONDIMENTI SULLA MATERIA DEL CONFLITTO DI INTERESSI CON RIFERIMENTO AL PERSONALE SANITARIO E ALLE ATTIVITA' EXTRAISTITUZIONALI O ALLA PARTECIPAZIONE A ORGANISMI, ASSOCIAZIONI O CARATTERE SCIENTIFICO O ALLA PARTECIPAZIONE A CONVEGNI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	30/12/2022 (DAL 31/07/2022 AL 31/12/2022)
Durata	Giorni 1 ore 1
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)	X CORSO IN VIDEOCONFERENZA <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	BENESSERE ANIMALE: VERIFICHE NEGLI IMPIANTI ZOOTECNICI, APPROFONDIMENTO DEGLI ASPETTI TECNICI, GESTIONALI E DI CONDIZIONALITA'
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	31/03/2022
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.15:

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	SOCCORSO E MONITORAGGIO SANITARIO DELLA FAUNA SELVATICA: ATTIVITA' DEL NUCLEO ITTICO VENATORIO DELLA CITTA' METROPOLITANA E DEL DIPARTIMENTO VETERINARIO ATS.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	30/03/2022
Durata	Giorni 1 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.16:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	GIORNATA DI STUDIO DEL CENTRO DI RIFERENZA NAZIONALE E L' ACCERTAMENTO DELLE MALATTIE ESOTICHE DEGLI ANIMALI (CESME)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO DELL' ABRUZZO E DEL MOLISE
Data	27/04/2021
Durata	Giorni 1 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.17:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO IN VIDEOCONFERENZA <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	SEQUESTRI E ATTI DI POLIZIA GIUDIZIARIA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	18/11/2021
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.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	REGOLAMENTO (UE) 625/2017 E RELATIVI REGOLAMENTI ATTUATIVI (2019/624-2019/625- 2019/626-2019/627-2019/628)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	29/10/2021-05/11/2021
Durata	Giorni 2 ore 8
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.19:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO IN VIDEOCONFERENZA <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	REGISTRAZIONI IN BDN E TRACES
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	06/10/2021
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.20:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO IN VIDEOCONFERENZA <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	PIANO DELLE EMERGENZE EPIDEMICHE ENON EPIDEMICHE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	30/06/2021
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.21:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	APPROFONDIMENTI SUI TEMI GENERALI DEL PNA E DELLE AREE CONSIDERATE A MAGGIOR RISCHIO DI CORRUZIONE - TRASPARENZA AMMINISTRATIVA E ACCESSO CIVICO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	DAL 15/07/2021 AL 31/12/2021
Durata	Giorni 1 ore 1,30
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.22:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	VALUTAZIONE DEI RISCHI NEL SETTORE VETERINARIO- RISCHIO BIOLOGICO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	30/12/2021- (DAL 01/06/2021 AL 31/12/2021)
Durata	Giorni 1 ore 3
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 FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	L'IMPORTANZA DELLE VACCINAZIONI DI RICHIAMO PER LA SALUTE PUBBLICA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	AXENSO SRL
Data	DAL 10/06/2020 AL 30/05/2021
Durata	Giorni 7 ore 35
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)	X CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	IL CONTROLLO UFFICIALE NEGLI ALLEVAMENTI DI BOVINI E BUFALINI: LA NUOVA CHECK-LIST INTEGRATA CON IL SISTEMA CLASSYFARM
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILA ROMAGNA
Data	durata per espletamento DAL 06/06/2020- AL 30/11/2020
Durata	Giorni 2 ore 15
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.25:

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	PAC- CONTROLLI UFFICIALI DI CONDIZIONALITA' E NORME DA RISPETTARE
In qualità di	X RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	22/01/2019 -20/02/2019-20/03/2019
Durata	Giorni 3 ore 12
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.26:

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	GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATICI, TRACES, ALLERTE: AGGIORNAMENTI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	25/10/2019
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.27:

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	LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 2019
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA SICILIA" A. MIRRI"
Data	12-26 SETTEMBRE-10-19-24 OTTOBRE 2019
Durata	Giorni 5 ore 40
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì X- no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì X - no <input type="checkbox"/>

N.28:

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	CONDIZIONALITA': AGGIORNAMENTO DEI CRITERI DI GESTIONE OBBLIGATORI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	21/06/2019
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì X- no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì X - no <input type="checkbox"/>

N.29:

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	AGGIORNAMENTI IN MATERIA DI CONTROLLI DEL SISTEMA DI IDENTIFICAZIONE E REGISTRAZIONE DI SUIDI, BOVIDI E OVICAPRINI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILA ROMAGNA
Data	26/03/2019
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì X- no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì X - no <input type="checkbox"/>

N.30:

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	AGGIORNAMENTI SUI SISTEMI ANAGRAFICI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	22/03/2019
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.31:

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	REGOLAMENTO UE 2017/625 CHE COSA CAMBIA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	16/11/2018
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.32:

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	LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 2018
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA SICILIA "A. MIRRI"
Data	13-27 SETTEBRE-11-20-25 OTTOBRE 2018
Durata	Giorni 5 ore 40
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)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	ATTIVITA' DI CONTROLLO UFFICIALE DEL SERVIZIO VETERINARIO E LA CONDIZIONALITA'
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILA ROMAGNA
Data	02-03 OTTOBRE 2018
Durata	Giorni 2 ore 17
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 checked="" type="checkbox"/> CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	ORGANIZZAZIONE, METODI E TECNICHE DEL CONTROLLO UFFICIALE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' E MINISTERO DELLA SALUTE
Data	DAL 16/10/2018 AL 15/10/2019
Durata	Giorni 10 ore 50
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

N.35:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	BDR MODELLO IV ELETTRONICO (IN ALLEVAMENTO E AL MACELLO) E DEMATERIALIZZAZIONE DEL PASSAPORTO BOVINO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	15/06/ 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.36:

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	FORMAZIONE AI SENSI DELLA DGR X/4702/2015, IN CONFORMITA' ACCORDO STATO REGIONE, PRIMA PARTE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	01/03/ 2017
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.37:

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	FORMAZIONE AI SENSI DELLA DGR X/4702/2015, IN CONFORMITA' ACCORDO STATO REGIONE, SECONDA PARTE

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	21/04/ 2017
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.38:

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	FORMAZIONE AI SENSI DELLA DGR X/4702/2015, IN CONFORMITA' ACCORDO STATO REGIONE, TERZA PARTE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	28/04/ 2017
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.39:

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	"RESTITUZIONE DVR" (VALUTAZIONE DEI RISCHI NEL SETTORE VETERINARIO)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	04 MAGGIO 2017
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.40:

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 SANITA' PUBBLICA VETERINARIA 2017
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA SICILIA "A. MIRRI"
Data	02/18 MARZO-06 APRILE- 13/25 MAGGIO 2017
Durata	Giorni 5 ore 41
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.41:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO X CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	LA NORMA ISO 9001:2015
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE XPARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	18/10/2016
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.42:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO X CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	ZOONOSI E SORVEGLIANZA INTEGRATA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE XPARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	18/05/2016
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.43:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	L' ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELLA ASL MILANO 1
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE XPARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	DAL 01/01/2016-AL 30/06/2016
Durata	Giorni 1 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.44:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO x EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	OBIETTIVI E PROCEDURE CONDIVISE DALLA UOC DEL SERVIZIO DI SANITÀ ANIMALE IN CONSIDERAZIONE DELLA LEGGE DI RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE,
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE XPARTECIPANTE

Ente organizzatore	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	Dal 27/04 al 19/10/2016
Durata	Giorni 4 ore 10
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.45:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	MOVIMENTAZIONE AI FINI NON COMMERCIALI DI ANIMALI DA COMPAGNIA REG (UE) 576/2013 E REG (UE) 577/2013
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLE VENEZIE
Data	DAL 30/01/2015 AL 29/01/2016
Durata	Giorni 5 ore 20
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.46:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	ANALISI DEL RISCHIO AMBIENTALE LEGATO ALLA SICUREZZA ALIMENTARE E ALLA SANITÀ ANIMALE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ E MINISTERO DELLA SALUTE
Data	DAL 01/12/2015 AL 22/11/2016
Durata	Giorni 3 ore 16
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.47:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO FAD <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA IN SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELL' ABRUZZO E DEL MOLISE
Data	DAL 30/06/2015 AL 15/07/2015
Durata	Giorni 10 ore 50
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.48:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	L'ISPEZIONE E IL CAMPIONAMENTO IN SANITA' ANIMALE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	EUPOLIS LOMBARDIA
Data	25/11/2015
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.49:

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	UTILIZZO DEL VISUALIZZATORE GEOGRAFICO DELLA REGIONE LOMBARDIA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO I
Data	02/04/2015
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.50:

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	GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' PER POLICLOROBIFENILI E DIOSSINE IN AZIENDE ZOOTECNICHE PRODUZIONE LATTE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILIA ROMAGNA
Data	15/04/2015
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.51:

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	CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN DIRITTO E LEGISLAZIONE VETERINARIA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO FACOLTA' DI MEDICINA VETERINARIA
Data	DAL 06/03/2015 AL 16/10/2015

Durata	Giorni 15 ore 120
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.52:

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	IL CONTROLLO UFFICIALE E LA CONDIZIONALITA'
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOO PROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILIA ROMAGNA
Data	27/10/2014
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.53:

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	IL MALTRATTAMENTO DEGLI ANIMALI; DISPOSIZIONI LEGISLATIVE, POTERI E COMPETENZE DELLA POLIZIA GIUDIZIARIA NEI CASI DI REATO IN DANNO AGLI ANIMALI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO 1
Data	04/11/2014
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.54:

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	LEA DI SANITA' PUBBLICA MEDICA E VETERINARIA E RELATIVA RENDICONTAZIONE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO 1
Data	25/11/2014
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.55:

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 PROCEDURA DI SISTEMA "ISPEZIONE" E GLI OBIETTIVI REGIONALI DI NUOVA FORMULAZIONE: VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLE ISPEZIONI DEL SERVIZIO DI SANITA' ANIMALE IN TERMINI DI CONFORMITA' AGLI STANDARD
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO 1
Data	19/03-09/04-14/05-24/09-26/11/2014
Durata	Giorni 5 ore 12,30
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.56:

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	ARGOMENTI DI SANITA' PUBBLICA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO
Data	05/11-12/11-19/11-26/11/2013
Durata	Giorni 4 ore 16
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.57:

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	AGGIORNAMENTI DI SANITA' PUBBLICA VETERINARIA ANNO 2013
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO 1
Data	06/11-13/11-20/11-27/11-04/12-11/12/2013
Durata	Giorni 6 ore 30
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.58:

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	PROTEZIONE DEGLI ANIMALI DURANTE L' ABBATTIMENTO: IL REG. (CE) 1099/2009
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO 1
Data	29/05/2013

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.59:

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	SANITA' ANIMALE: SVILUPPO DI COMPETENZE PER UNA OMOGENEA APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE SPECIALI DI TALE AREA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO 1
Data	DAL 27/03/2013 AL 13/11/2013
Durata	Giorni 6 ore 18
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.60:

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	LA GESTIONE DELLE EMERGENZE EPIDEMICHE: LA PESTE SUINA AFRICANA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELL' UMBRIA E MARCHE
Data	09/05/2013- 10/05/2013
Durata	Giorni 2 ore 16
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.61:

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	IL CONTROLLO UFFICIALE E LA CONDIZIONALITA'
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO DELLA LOMBARDIA E DELL' EMILIA ROMAGNA
Data	27/03/2013 - 04/04/2013
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.62:

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	LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA- INCONTRI DI AGGIORNAMENTO DELLE CONOSCENZE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MILANO
Data	DAL 16/11/2012 AL 16/01/2013
Durata	Giorni 4 ore 28
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì X- no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì X - no <input type="checkbox"/>

N.63:

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	CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN DIRITTO E LEGISLAZIONE VETERINARIA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO- FACOLTA' DI MEDICINA VETERINARIA
Data	DAL 15/01/2010- 25/06/2010
Durata	Giorni 15 ore 120
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì X- no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì X - no <input type="checkbox"/>

N.64:

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	CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN LEGISLAZIONE VETERINARIA DELL' AREA FUNZIONALE DI IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO- FACOLTA' DI MEDICINA VETERINARIA
Data	DAL 11/10/2004 AL 18/03/2005
Durata	Giorni 15 ore 120
Specificare se l'attività formativa è ECM	sì X- no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	sì X - no <input type="checkbox"/>

N.65:

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	SANITA' PUBBLICA IN AREA MONTANE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA - FACOLTA' DI MEDICINA VETERINARIA

Data	DAL 01/10/ 2000 AL 21/10/ 2001
Durata	Giorni 10 ore 80
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"/>

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 _____	
		DA _____ A _____	
		DA _____ A _____	

Ulteriori attività

DESCRIZIONE

Ha frequentato, come volontario, dal 07/08/2000 al 15/10/2000 il Centro Medico-Chirurgico Veterinario- via Gregorio VII- Roma- svolgendo le seguenti attività:

- Ricevimento clienti e raccolta anamnesi,
- Prelievi ematici;
- Esami radiografici;
- Cure intensive in pazienti critici;
- Attività di pronto soccorso notturno;
- Intubazione orofacheale e incannulazione venosa;
- Assistenza del chirurgo durante interventi di tessuti molli e ortopedia;
- Gestione autonoma degli animali ricoverati;
- Gestione del cliente.

Componente della commissione d' esame (8-9-16-17 luglio 2008 e 23 ottobre 2008) durante le prove d' accertamento finale dei corsi abilitanti all' esercizio dell' attività di somministrazione di alimenti e bevande, presso il CAPAC- di via Murillo 17- Milano.

Responsabile, durante il periodo 05/11/2007 – 31/10/2008 presso il Gruppo Carrefour Italia, dell'autocontrollo per la fase di ricezione qualitativa/ merceologica dei prodotti ittici trattati nella piattaforma sita in Massalengo (LO) e distribuiti nei punti vendita della Lombardia, in particolare ha svolto le seguenti funzioni di:

- Rappresentare legalmente la Società davanti le Autorità Competenti e davanti i privati cittadini in relazione ai poteri conferiti;
- Contestare e respingere tutte le partite di merci non conformi alle normative vigenti o agli standard qualitativi aziendali;
- Conoscere e applicare tutte le disposizioni di legge in materia di prodotti ittici necessari allo svolgimento dell'attività, siano esse di carattere tecnico che giuridico;
- Verificare il rispetto delle procedure di autocontrollo durante la fase di ricevimento dei prodotti ittici;
- Archiviare la documentazione concernente la natura, la frequenza e i risultati dei controlli;

Durante l'incarico come veterinario dell'ASL Milano oltre a svolgere attività di controllo nei luoghi in cui si somministrano alimenti, ho svolto:

- **attività di supporto formativo per gli studenti del IV anno del corso di Ispezione degli Alimenti di Origine Animale II.** della Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Milano. Le tematiche affrontate con gli studenti hanno riguardato l'ispezioni delle carni ed ha interessato un totale otto studenti dell'anno accademico 2009/2010.
- **Attività di ispezioni delle carni presso il macello a rito islamico della ditta Ranza- nel comune di Bresso (MI)**

Ha partecipato al progetto di formazione sul campo - tenutosi il 18 marzo-15 aprile-19 maggio-07 ottobre – 11 novembre 2015, dal titolo "Obiettivi vincolanti ed obiettivi strategici di competenza della UOC del SSA – presso la sede del Dipartimento di Prevenzione Veterinario – via valle – Pontevecchio Magenta- ASL MILANO1.

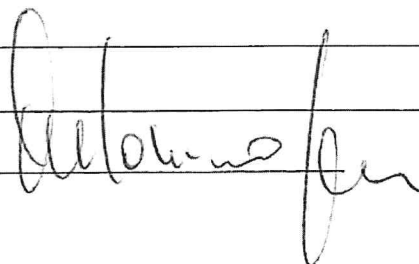
Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Idoneo al servizio militare è stato INCORPORATO con il 4° scaglione 99 presso il 60° Btg "COL DI LANA" (TP) in data 28/04/99- TRASFERITO in data 20/05/99 presso il Centro Militare di Medicina Legale di Messina -promosso al grado di Caporale in data 08/11/99 e CONGEDATO in data 23/02/2000.

Data 21/03/2023

Firma

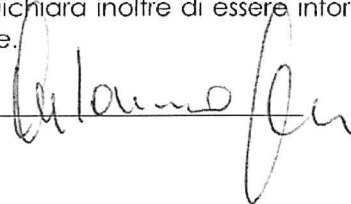


Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Data 21/03/2023

Firma

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to be 'M. L. ...'.