

ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA  
"SC DISTRETTO VETERINARIO ALTO LODIGIANO".

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

Il sottoscritto **TESSUTO LIVIO**

nato a **Torino (TO)** il **07/05/1963**

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 VETERINARI** della provincia di **LODI** dal **25/07/2007** n. iscrizione **168** di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

<b>TITOLI DI STUDIO</b> <b>(laurea/specializzazione/master universitari (I e II livello) / dottorato di ricerca/Corsi Perfezionamento Universitari)</b>	
--	--

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso Università
LAUREA IN MEDICINA VETERINARIA	04/11/1993 Durata Laurea quinquennale	UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
Abilitazione alla professione in Medicina Veterinaria	Il sessione anno 1992 (novembre 1993)	UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
Diploma di Specializzazione in Igiene e Tecnologia delle carni (aree funzionali B - C)	14/11/1995 Durata biennale	UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
Diploma di Specializzazione in Diritto e Legislazione Veterinaria (aree funzionali A - B - C)	02/07/1999 Durata biennale	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)**

**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		

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

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

<i>ENTE PUBBLICO Denominazione</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)</i>	<i>Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)</i>
ATS Città Metropolitana di Milano	31/12/1999	Oggi	Dirigente Veterinario a tempo indeterminato	38 ore
ASL n. 7 di Chivasso (TO)	24/08/1999	30/12/1999	Dirigente Veterinario a tempo determinato	38 ore
ASL di Modena	07/01/1999	23/08/1999	Dirigente Veterinario a tempo determinato	38 ore
Ministero della Sanità – Ufficio Veterinario per gli adempimenti CEE di Milano	16/08/1995	31/12/1998	Veterinario coadiutore	38 ore

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):

- 1) dal 16/08/1995 al 31/12/1998 Presso Ufficio Veterinario per gli Adempimenti CEE della Lombardia, con qualifica di veterinario coadiutore, sede di Milano con verifica cartolare delle comunicazioni "arrivo di merci ed animali" dagli Stati della Comunità Europea verso l'Italia; emissione di vincoli UVAC obbligatori con vincolo della partita fino all'esito favorevole da parte del laboratorio IZSLER; emissioni di vincoli di partita fino al termine del prelievo da parte del Servizio ATS interessato; gestione delle positività riscontrate a seguito di vincolo e attività di rendicontazione statistica dei quantitativi delle merci in arrivo; tutte queste attività sempre sotto la supervisione di un Veterinario Ministeriale;
- 2) dal 07/01/1999 al 23/08/1999 presso il macello industriale suino denominato "ITALCARNI" di Mirandolina di Carpi (MO) del quale era autorità competente il Servizio di Ispezione degli Alimenti di Origine Animale dell'ASL di Modena;
- 3) dal 24/08/1999 al 30/12/1999 nell'ASL n. 7 di Chivasso (TO) nel Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale presso macelli di piccola e di media entità e con Ispezione in spacci di vendita al dettaglio di prodotti di origine animale;
- 4) dal 31/12/1999 al 16/12/2015 attività come veterinario ufficiale presso il Servizio di Ispezione Alimenti di Origine Animale in macelli locali e industriali dell'ASL di Lodi e veterinario accertatore per l'attività di controllo relativa all'etichettatura obbligatoria della carne bovina ai sensi del D.Lgs del 29 gennaio 2004, n. 58 comandato alla Regione Lombardia UO Agricoltura;
- 5) dal 16/12/2015 al 09/11/2017 incarico di Alta Specializzazione quale "Osservatorio Epidemiologico Sanitario Veterinario" e contestualmente Coordinatore del gruppo veterinario dell'ASL di Lodi (Servizio Ispezione degli Alimenti di Origine Animale) presso lo stabilimento Industriale più grande d'Europa denominato INALCA sito in Ospedaletto Lodigiano (LO);
- 6) dal 10/11/2017 a tutt'oggi Responsabile della Struttura SS igiene degli Alimenti di Origine Animale presso l'ATS Città Metropolitana di Milano – Dipartimento Veterinario – Distretto Alto Lodigiano.

**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	10/11/2017	A TUTT'OGGI	Responsabile Struttura Semplice	Responsabile della Struttura SS igiene degli Alimento di Origine Animale
ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO	16/12/2015	09/11/2017	Responsabile Alta Specializzazione	Incarico di Direzione dell'Alta Specializzazione "Osservatorio Epidemiologico Sanitario Veterinario"

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 16/12/2015 al 09/11/2017 Incarico di Direzione dell'Alta Specializzazione "Osservatorio Epidemiologico Sanitario Veterinario" in quanto presente presso il macello industriale più grande d'Europa denominato INALCA sito in Ospedaletto Lodigiano (LO) con rendicontazione delle patologie di interesse veterinario riscontrate;

Dal 10/11/2017 a tutt'oggi in qualità di Responsabile della Struttura SS igiene degli Alimento di Origine Animale con attività di pianificazione dell'attività programmata dal dipartimento e della relativa attività di rendicontazione, attività ispettiva pianificata con supervisione mediante audit in stabilimenti inseriti nelle liste Export e nei macelli riguardanti il benessere durante la macellazione e altre attività non programmabili quali la certificazione verso paesi terzi di prodotti di origine Animale, sopralluoghi congiunti, attività di allerta e verifica aggiornamento anagrafiche impianti registrati e riconosciuti in ambito distrettuale.

**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)
////	////	////	///	///	///

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

**presso STRUTTURE PUBBLICHE**

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

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

**Tipologia contratto:**

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

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

**presso STRUTTURE PRIVATE**

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

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

**Tipologia contratto:**

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

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

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

Tipologia	Ente erogatore	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine gg/mm/aa
Borsa di Studio	Università degli Studi di Milano	Borsa di studio Anno Accademico 1997/98 Anno Accademico 1998/99 Scuola di Specializzazione in Diritto e Legislazione Veterinaria. Matricola 048151 Approfondimenti in tema concernente: T.S.E.: aspetti igienico-sanitari sulle derrate alimentari di origine animale - n. articoli sulla Rassegna diritto e legislazione veterinaria - presentazioni atti a convegni trattanti materie veterinarie - membro del Consiglio Scuola di Specializzazione in Diritto e Legislazione veterinaria	DA 1/11/98 A 31/01/99 DA 01/02/99 A 04/06/99



### 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	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	LE ATTIVITA' DI MOBILITY MANAGEMENT
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 GENNAIO 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>01:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	SCADENZA TRIENNIO ECM: LA PIATTAFORMA CO.GE.A.P.S.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 DICEMBRE 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>01:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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"/> <b>CORSO</b> <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	CONTITOLARI E RESPONSABILI ESTERNI DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 OTTOBRE 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>03:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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.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	FORMAZIONE SPECIFICA DEI LAVORATORI AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008: RISCHIO BIOLOGICO NEL SETTORE VETERINARIO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 DICEMBRE 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>04:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.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	L' EVOLUZIONE DEL RAPPORTO TRA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E CITTADINO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 DICEMBRE 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>02:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <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 A CARATTERE SCIENTIFICO O ALLA PARTECIPAZIONE A CONVEGNI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 DICEMBRE 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>01:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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	TEAM WORKING
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	08 NOVEMBRE 2022
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>06:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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	ARGOMENTI DI SANITÀ PUBBLICA E 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	20/04/22, 04/05/22, 18/05/22, 25/05/22, 08/06/22
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>40</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <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 - ANTICORRUZIONE E CODICE DI COMPORTAMENTO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 DICEMBRE 2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>01:30</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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. 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	SBBL - SISTEMA BIOMEDICO BIBLIOTECARIO LOMBARDO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 DICEMBRE 2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>02:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N. 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	REGISTRAZIONI IN BDN E TRACES
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	7 OTTOBRE 2021
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>04:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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	CORSO DI FORMAZIONE IN TECNICHE DI DE-ESCALATION DELL'AGGRESSIVITA' NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	12 E 13 OTTOBRE 2021
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>14:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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 <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	REGOLAMENTO UE 2017/625 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 CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	05 NOVEMBRE 2021
Durata	Giorni ___1___ ore ___08:00___
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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 checked="" type="checkbox"/> CORSO <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 CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	18 NOVEMBRE 2021
Durata	Giorni ___1___ ore ___04:00___
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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 DELLE IDONEITA' LAVORATIVE COMPLESSE, RUOLO DI DIRIGENTI E PREPOSTI ALL'INTERNO DELLA RETE AZIENDALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	03 DICEMBRE 2020
Durata	Giorni ___1___ ore ___04:00___
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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. 16**

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	STRATEGIE DI PREVENZIONE: COME MAPPARE I PROCESSI E ANALIZZARE I RISCHI
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	15 FEBBRAIO 2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>08:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.17**

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 NUOVA ETICHETTATURA COMUNITARIA DEGLI ALIMENTI: NOZIONI DI DIRITTO E ANNOTAZIONI PRATICHE (FAD)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA
Data	DAL 04 APRILE AL 16 MAGGIO 2020
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>24:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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.18**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	TOSSICOLOGIA ALIMENTARE (CORSO FAD)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA
Data	DAL 06 APRILE AL 25 MAGGIO 2020
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>08:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.19**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input 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 2019
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri"
Data	14/03/19, 28/03/19, 11/04/19, 11/05/19, 23/05/19
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>40:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N. 20**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	ORGANIZZAZIONE, METODI E TECNICHE DEL CONTROLLO UFFICIALE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITÀ ACCREDITAMENTO
Data	DAL 16 OTTOBRE 2018 AL 26 GIUGNO 2019
Durata	Giorni _____ ore CORSO FAD
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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 <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN ATS MILANO: IL REGOLAMENTO UE 2016/679
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
Data	31 DICEMBRE 2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>04:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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 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 2018 evento formativo n. 2089 – 223396 edizione n. 2
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IZS della Sicilia "A. Mirri" accreditamento n. 2089
Data	12/04/18, 19/04/18, 10/05/18, 19/05/18/, 24/05/18
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>40:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.23**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	CORSO DI RIVALIDAZIONE MANAGERIALE PER DIRIGENTE DI STRUTTURA COMPLESSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	PoliS Lombardia – AFSSL ACCADEMIA – Milano (Regione Lombardia n. registrazione 02235)
Data	27/09/18 - 04/10/18 – 11/10/18 – 18/10/18 – 25/10/18 – 08/11/18 – 15/11/18
Durata	Giorni <u>7</u> ore <u>56</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.24**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	IL SISTEMA DI GESTIONE INERENTE L'ADOZIONE DEI PROVVEDIMENTI DELIBERATIVI E DELLE DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI NELL'ATS DI MILANO
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	31/12/2017
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>02:00</u> (FAD) <u>   </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>



**N.25**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	FORMAZIONE AI SENSI DELLA DGR X/4702/2015, IN CONFORMITÀ ACCORDO STATO-REGIONI, PARTE SECONDA
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	03/03/2017, 17/03/2017, 24/03/2017, 31/03/2017, 21/04/2017
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>02:30</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>

**N.26**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	FORMAZIONE AI SENSI DELLA DGR X/4702/2015, IN CONFORMITÀ ACCORDO STATO-REGIONI, PARTE PRIMA E TERZA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	01/03/2017, 28/04/2017
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>14:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.25**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	GESTIRE IL DISTRETTO: ELEMENTI DI FORMAZIONE MANAGERIALE
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Data	23/11/2017 al 30/01/2018
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>20:00</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

**N.27**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Decreto n. 12430 dell'08/08/2005 "Corso per agente accertatore per l'attività di controllo relativa all'etichettatura obbligatoria della carne bovina ai sensi del D.Lgs del 29 gennaio 2004, n. 58"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	REGIONE LOMBARDIA – Direzione Generale Agricoltura
Data	09/08/2005
Durata	Giorni <u>  6  </u> ore <u>  44:00  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	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"/>

**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 <b>complessive</b> insegnamento per anno accademico	Università	Materia	In qualità di Docente o Tutor
///	///	///	///

2) presso scuole per la formazione di personale sanitario:

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

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

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

Di avere svolto i sottoelencati soggiorni di studio o addestramento:

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

**Ulteriori attività**

**DESCRIZIONE**

///

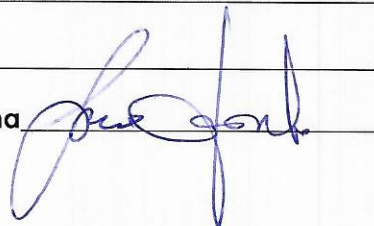
**Ulteriori dichiarazioni**

**DESCRIZIONE**

///

**Data 22 marzo 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 22 marzo 2023**

Firma \_\_\_\_\_

