

CURRICULUM PROFESSIONALE
(EX ART. 8 D.P.R. N. 484/1997)

Il sottoscritto **MAVEZZI EMANUELE** nato
residente a

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso della Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA
conseguita in data 20/07/2000
presso l'Università degli Studi di GENOVA

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di Genova
dal 11/7/2001 n° di iscrizione 14113

di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:

Disciplina: Chirurgia Generale.....
conseguito in data 31/10/2006 presso l'Università di Genova
ai sensi del DLgs 368/1999
durata anni 5

di aver frequentato il seguente corso di formazione manageriale ai sensi art. 16 quinquies comma 2 del D. Lgs. 30.12.1992 e ss.mm.ii. e Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003:

dal al durata ore
presso.....
contenuti del corso.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di essere in possesso della idoneità nazionale a primario ospedaliero nella disciplina di
conseguita in data

TITOLI DI CARRIERA

di prestare / avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni o in Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente Policlinico San Martino

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

Largo Rosanna Benzi n. 10 Genova

posizione funzionale Dirigente Medico.....

disciplina di inquadramento MEU.....

dal Ottobre 2018 a oggi (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☐ a tempo determinato

☒ a tempo indeterminato

☐ a tempo pieno

☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

causa risoluzione rapporto

☒ ricorrono

☐ non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

che la tipologia delle istituzioni e delle prestazioni erogate nelle strutture in cui è stata svolta attività con rapporto di lavoro subordinato è la seguente:

(indicare denominazione Ente/Azienda e sede, tipologia Ente/Azienda– Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, Presidio di ASL, IRCCS pubblico, IRCCS privato, altro)

Denominazione e tipologia Ente

Tipologia S.C.

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

TITOLI DI CARRIERA

di prestare / avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni o in Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente Asl 4 Chiavarese

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

posizione funzionale Dirigente Medico.....

disciplina di inquadramento MEU.....

dal 1/11/2008 a Ottobre 2018

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☐ a tempo determinato

☒ a tempo indeterminato

☐ a tempo pieno

☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

causa risoluzione rapporto

☒ ricorrono

☐ non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

che la tipologia delle istituzioni e delle prestazioni erogate nelle strutture in cui è stata svolta attività con rapporto di lavoro subordinato è la seguente:

(indicare denominazione Ente/Azienda e sede, tipologia Ente/Azienda– Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, Presidio di ASL, IRCCS pubblico, IRCCS privato, altro)

Denominazione e tipologia Ente

Tipologia S.C.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

TITOLI DI CARRIERA

di prestare / avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni o in Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente Ospedale di Bra (ASL 2 Cuneo)

(Indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

posizione funzionale Dirigente Medico.....

disciplina di inquadramento MEU.....

dal Giugno 2015 a Febbraio 2016 (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☒ a tempo determinato

☐ a tempo indeterminato

☐ a tempo pieno

☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

causa risoluzione rapporto

☒ ricorrono

☐ non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

che la tipologia delle istituzioni e delle prestazioni erogate nelle strutture in cui è stata svolta attività con rapporto di lavoro subordinato è la seguente:

(indicare denominazione Ente/Azienda e sede, tipologia Ente/Azienda– Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, Presidio di ASL, IRCCS pubblico, IRCCS privato, altro)

Denominazione e tipologia Ente

Tipologia S.C.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi art 18 C.C.N.L. 19.12.2019:

di essere / essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali

denominazione incarico:

tipologia di incarico: art. 18

dal al (indicare giorno/mese/anno)

presso

descrizione attività svolta

(art. 18 CCNL 19.12.2019

PARAGRAFO I) INCARICHI GESTIONALI lett. **a)** incarico di direzione di struttura complessa (ricompresi incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero); lett. **b)** incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale; lett. **c)** incarico di direzione di struttura semplice.

PARAGRAFO II) INCARICHI PROFESSIONALI lett. **a)** incarico professionale di altissima professionalità; lett. **b)** incarico professionale di alta specializzazione; lett. **c)** incarico professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo; lett. **d)** incarico professionale di base conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

SPECIFICI AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE CON FUNZIONI DI DIREZIONE

di aver svolto le seguenti attività con specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione

dal al (indicare giorno/mese/anno)

presso (Indicare Ente/Azienda)

tipologia attività (indicare solo attività attinenti)

descrizione attività svolta

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

ULTERIORI AMBITI DI AUTONOMIA/RESPONSABILITA'

di aver svolto le seguenti attività con ulteriori ambiti di autonomia/responsabilità

dal al (indicare giorno/mese/anno)

presso (Indicare Ente/Azienda)

tipologia attività (indicare solo attività attinenti)

descrizione attività svolta

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

ALTRI TITOLI DI CARRIERA

di avere prestatato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente.....
di via n.

nella branca di
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale di ore
causa risoluzione rapporto

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

ALTRE ATTIVITA' PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

(indicare solo attività attinenti)

di avere svolto attività nel profilo professionale di

dal al (indicare giorno/mese/anno)
presso (denominazione e sede Ente)

a titolo di
☐ co.co.co. ☐ libero professionista ☐ borsista ☐ altro

con impegno orario settimanale di ore
motivo interruzione o causa di risoluzione

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver effettuato attività di frequenza volontaria:

(indicare solo attività attinenti)

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
di via n.

posizione/mansione
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale di ore
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver svolto i seguenti soggiorni di studio/addestramento:

*(indicare i soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, **di durata non inferiore a mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)*

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
di via n.
tipologia/contenuto dell'iniziativa
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione delle ore annue di insegnamento – **esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi**):

presso.....
 nell'ambito del Corso di.....
 insegnamentoa.a.
 ore docenza (specificare se complessive o settimanali)
 (duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

n°	ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi:

n°	ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(duplicare le righe se insufficienti)

di possedere i seguenti ULTERIORI TITOLI (es. ulteriori lauree ed ulteriori specializzazioni ad esclusione di quelli già segnalati nella domanda quali requisiti di ammissione, master Universitari, dottorati di ricerca, ecc...)

Tipologia Titolo
conseguito in data presso
durata

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

1_.....
.....

2_.....
.....

3_.....
.....

4_.....
.....

5_.....
.....

6_.....
.....

7_.....
.....

8_.....
.....

9_.....
.....

10_.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

1_.....
.....

2_.....
.....

3_.....
.....

4_.....
.....

5_.....
.....

6_.....
.....

7_.....
.....

8_.....
.....

9_.....
.....

10_.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

VOLUME ATTIVITA' SVOLTA

di avere svolto specifica attività professionale nella disciplina stessa e di possedere la seguente casistica referita al decennio precedente alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico:

(ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. a) del DPR 484/1997 per le discipline ricomprese nell'area chirurgica e delle specialità chirurgiche, è richiesta una casistica chirurgica e delle procedure chirurgiche invasive; ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. b) del DPR 484/1997 per le altre discipline, è richiesta una casistica di specifiche esperienze e attività professionali)

Per il volume di attività svolta vedere:

MALVEZZI_SanMartino_pazienti.pdf.....

N.B. la presente dichiarazione NON SOSTITUISCE la certificazione dell'Ente o Azienda ai sensi dell'art. 6 comma 2 e dell'art. 8 comma 3 lett. c) (tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato) del DPR 484/1997

(duplicare le righe se insufficienti)

PROFILO PROFESSIONALE SPECIFICO

Viste le caratteristiche di contesto organizzativo in cui si inserisce la Struttura Complessa e il profilo professionale specifico del candidato delineati nell'avviso per il conferimento dell'incarico, si evidenzia come segue il possesso delle caratteristiche richieste:

(duplicare le righe se insufficienti)

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs. 30.06.2003 n. 196. In particolare dichiara di essere a conoscenza che, prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale.

La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010

Allega alla presente fotocopia documento di identità rilasciato