

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

Il/la sottoscritto/a CARMINE GIANFRANCO DI
SOMMA _____

nato/a il _____ a _____ (prov. _____)

residente a _____ (_____) in Via _____
n. _____

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
(VEDI VOLUME 7)

di essere in possesso della Laurea in ...MEDICINA E

CHIRURGIA.....

conseguita in data

21/07/1980.....

presso l'Università degli Studi di

...GENOVA.....

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di

.....GENOVA.....

dal30/01/1981..... n° di iscrizione

.....9393.....

di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:

1) Disciplina:CHIRURGIA

GENERALE.....

conseguito in data.....5/7/1985..... presso l'Università

di.....GENOVA.....

ai sensi del

DLgs 257/1991 DLgs 368/1999 altro

durata anni ...5.....

di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:

1) Disciplina:

.....ONCOLOGIA.....

conseguito in data.....24/10/1988..... presso l'Università

di.....GENOVA.....

ai sensi del

DLgs 257/1991

DLgs 368/1999

altro

durata anni3.....

di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:

1) Disciplina:CHIRURGIA APPARATO DIGERENTE ED ENDOSCOPIA

DIGESTIVA.....

conseguito in data.....5/7/1994..... presso l'Università

di.....GENOVA.....

ai sensi del

DLgs 257/1991

DLgs 368/1999

altro

durata anni5.....

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)

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.....UNITA' SANITARIA LOCALE XV
GENOVA.....

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

sedeGENOVA..... via
...MOLASSANA..... n.

posizione funzionaleSPECIALISTA AMBULATORIALE.....
disciplina di inquadramento.....
CHIRURGIA.....GENERALE.....

dal01/10/1988..... al18/01/1992..... (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

a tempo indeterminato

a tempo pieno

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

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)

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.....ISTITUTO TUMORI
GENOVA.....

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

sedeGENOVA..... viaLARGO
BENZI..... n.

posizione funzionale ...ASSISTENTE ONCOLOGIA
CHIRURGICA.....

disciplina di inquadramento..... CHIRURGIA.....

dal23/01/1991..... al01/06/1994..... (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto a tempo indeterminato
 a tempo pieno

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

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)

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.....ISTITUTO TUMORI
GENOVA.....

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

sedeGENOVA..... viaLARGO

BENZI..... n.

posizione funzionaleAIUTO TEMPO PIENO.....

disciplina di inquadramento..... CHIRURGIA.....

dal02/06/1994..... al31/12/1997..... (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto a tempo indeterminato

a tempo pieno

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

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)

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 priva)

denominazione e tipologia Ente.....ISTITUTO TUMORI

GENOVA.....

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

sedeGENOVA..... viaLARGO

BENZI..... n.

posizione funzionaleDIRIGENTE MEDICO FASCIA B.....

disciplina di inquadramento..... CHIRURGIA.....

dal01/01/1998..... al31/12/2002..... (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto a tempo indeterminato

a tempo pieno

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

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)

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 priva)

denominazione e tipologia Ente...ISTITUTO TUMORI GENOVA.....
sedeGENOVA..... viaLARGO
BENZI..... n.

posizione funzionaleRESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICEDI CHIRURGIA
VIDEOLAPAROSCOPICA E ADDOMINALE.....

disciplina di inquadramento..... CHIRURGIA.....

dal01/01/2003..... al ...31/12/2005..... (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto a tempo indeterminato
 a tempo pieno

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

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)

.....
te solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

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

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 priva)

denominazione e tipologia Ente.....IRCCS SANMARTINO-IST

GENOVA.....

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

sedeGENOVA..... viaLARGO
BENZI..... n.

posizione funzionaleRESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE CHIRURGIA ADDOMINALE
EPATOBILIOPANCREATICA

disciplina di inquadramento..... CHIRURGIA.....

dal01/01/2006..... al ...31/05/2014..... (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto a tempo indeterminato
 a tempo pieno

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

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)

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 priva)

denominazione e tipologia Ente...IRCCS SAN MARTINO-IST.....
sedeGENOVA..... viaLARGO
BENZI..... n.

posizione funzionale RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICEDI CHIRURGIA
ONCOLOGICA LAPAROSCOPICA.....
disciplina di inquadramento..... CHIRURGIA.....

dal01/06/2014... al ...TUTT'OGGI..... (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto a tempo pieno a tempo indeterminato

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

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)

.....
te solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE

(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 EnteIRCCS SAN MARTINP-IST
GENOVA.....

Tipologia S.C.....CHIRURGIA GENERALE

1.....

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura ...CHIRURGIA
GENERALE.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi art 27 C.C.N.L. 8.06.2000:

di essere / essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali

denominazione incarico:RESPONSABILE STRUTTURA

SEMPLICE.....

tipologia di incarico: art. 27 lettera ...B.....

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: lett. c) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, lett. d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

dal ...01/01/2003..... al ...TUTT'OGGI..... (indicare giorno/mese/anno)

pressoIRCCS SAN MARTINO-IST

GENOVA.....

descrizione attività svoltaCHIRURGIA GENERALE LAPAROSCOPICA E LAPAROTOMICA
CON PREVALENZA DI CHIRURGIA ADDOMINALE ONCOLOGICA E NON
ONCOLOGICA.....

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

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
(VEDI VOLUME 7)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente.....UNITA' SANITARIA LOCALE

XV.....

diGENOVA..... via

.....MOLASSANA..... n.

nella branca diCHIRURGIA

GENERALE.....

dal01/10/1988..... al18/01/1992..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale di ore4.....

causa risoluzione rapporto ...DIMISSIONI

VOLONTARIE.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

ALTRE ATTIVITA' PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

(indicare solo attività attinenti)

(VEDI VOLUME 7)

di avere svolto attività nel profilo professionale diCONTRATTISTA RICERCATORE

.....

dal ...09/09/1985..... al17/02/1986..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (denominazione e sede Ente)ISTITUTO TUMORI

GENOVA.....

a titolo di

co.co.co. libero professionista borsista altro

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o causa di risoluzione ...TERMINE

CONTRATTO.....

(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 diBORSISTA SCUOLA

SPECIALIZZAZIONE IN ONCOLOGIA.....

dal18/02/1986..... al31/10/1988..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (denominazione e sede Ente) ...ISTITUTO TUMORI

GENOVA.....

a titolo di

co.co.co. libero professionista borsista altro

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o causa di risoluzione ...TERMINE

SPECILITA'.....

ALTRE ATTIVITA' PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
(indicare solo attività attinenti)

di avere svolto attività nel profilo professionale di **..CONTRATTISTA**

RICERCATORE.....

dal15/12/1988..... al14/03/1989..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (denominazione e sede Ente)ISTITUTO TUMORI

GENOVA.....

a titolo di

co.co.co. libero professionista borsista altro

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o causa di risoluzioneTERMINE

CONTRATTO.....

ALTRE ATTIVITA' PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
(indicare solo attività attinenti)

di avere svolto attività nel profilo professionale diATTIVITA' SPECIALISTICA IN

ENDOSCOPIA DIGESTIVA...E GASTROENTEROLOGIA.....

dal01/03/1988..... al23/07/1990..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (denominazione e sede Ente) ...CASA CIRCONDARIALE DI

GENOVA.....

a titolo di

libero professionista X

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o causa di risoluzioneDIMISSIONI

VOLONTARIE.....

ALTRE ATTIVITA' PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
(indicare solo attività attinenti)

di avere svolto attività nel profilo professionale diTITOLARE DI GUARDIA

MEDICA.....

dal21/02/1981..... al01/11/88..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (denominazione e sede Ente)UNITA' SANITARIA LOCALE N.73 NOVI

LIGURE.....

a titolo di

co.co.co. libero professionista borsista altro

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o causa di risoluzione

ALTRE ATTIVITA' PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
(indicare solo attività attinenti)

di avere svolto attività nel profilo professionale di **.ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**

MEDICA.....

dal1981..... al1990..... (indicare giorno/mese/anno)

presso (denominazione e sede Ente)CASA DI RIPOSO

GENOVA.....

a titolo di

libero professionista

altro

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o causa di risoluzione

di aver effettuato attività di frequenza volontaria:
(indicare solo attività attinenti)

denominazione Ente.....1° CLINICA CHIRURGICA UNIVERSITA' DI

GENOVA.....

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

diGENOVA..... via n.

.....

posizione/mansioneMEDICO

FREQUENTATORE.....

dal1980..... al1983..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale di ore

di aver effettuato attività di frequenza volontaria: (VEDI VOLUME 7)

(indicare solo attività attinenti)

denominazione Ente.....CATTEDRA DI SEMEOTICA CHIRURGICA "R" UNIVERSITA' DI
GENOVA.....

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

diGENOVA..... via n.
.....

posizione/mansioneMEDICO

CAPOREPARTO.....

dal1987..... al ...1990..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale di ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver svolto 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**) (VEDI VOLUME 5)

denominazione Ente.....DIVISIONE DI GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA
DIGESTIVA.....(ENTE
PUBBLICO).....

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

diRESIDENCIA SANITARIA.....(BARCELONA-SPAGNA).....

via n.

tipologia/contenuto dell'iniziativa ...ATTIVITA'
CLINICA.....

dal01/05/1982..... al01/11/1982..... (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore50.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver svolto 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) (VEDI VOLUME 5)

denominazione Ente.....REPARTO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA.....E

GASTROENTEROLOGIA.....

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

diINSTITUT A. TZANCK S.LAURENT DU VAR (NIZZA-

FRANCIA)..... via n.

tipologia/contenuto dell'iniziativa ...ENDOSCOPIA

TERAPEUTICA.....

dal1987..... al 1988..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore20.....

di aver svolto 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) (VEDI VOLUME 5)

denominazione Ente.....DIVISIONE CHIRURGIA GENERALE E

LAPAROSCOPICA.....

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

diINSTITUT A. TZANCK S.LAURENT DU VAR (NIZZA-

FRANCIA)..... via n.

tipologia/contenuto dell'iniziativaATTIVITA' CHIRURGICA

OPERATORIA.....

dal07/01/1997..... al01/07/1997..... (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore ...12/18.....

di aver svolto 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) (VEDI VOLUME 5)

denominazione Ente.....DIVISIONE DI CHIRURGIA

GENERALE.....

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

di ...INSITUT A. TZANCK S.LAURENT DU VAR(NIZZA-

FRANCIA)..... via n.

tipologia/contenuto dell'iniziativa ATTIVITA' CHIRURGICA

OPERATORIA.....LAPAROSCOPICA.....

dal15/01/1998..... al01/07/1998..... (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore ...50.....

di aver svolto 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**) (VEDI VOLUME 5)

denominazione Ente.....HOPITAL

BEAUJON.....

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

diCLICHY-PARIGI (FRANCIA)..... via

..... n.

tipologia/contenuto dell'iniziativa ...ATTIVITA' CHIRURGICA ADDOMINALE.....LAPAROSCOPICA E
LAPAROTOMICA.....

dal15/01/2002..... al15/04/2002..... (indicare
giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore40.....

di aver svolto 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**) (VEDI VOLUME 5)

denominazione Ente.....UNITA'EPATOBILIOPANCREATICA IRCCS SAN

RAFFAELE.....

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

di ...MILANO..... via n.

.....
tipologia/contenuto dell'iniziativaATTIVITA' CHIRURGICA
EPATOBILIOPANCREATICA.....

dal01/10/2002..... al31/01/2003..... (indicare
giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore50.....

di aver svolto 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.....DIVISIONE CHIRURGIA...ADDOMINALE AD INDIRIZZO
EPATOBILIOPANCREATICO...E CENTRO

TRAPIANTI.....

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

di ...HEIDELBERG (GERMANIA)..... via

..... n.

tipologia/contenuto dell'iniziativa
dal07/02/2006..... al29/5/2006..... (indicare

giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

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.....UNIVERSITA' DI

PAVIA.....

nell'ambito del Corso di.....PROFESSORE A CONTRATTO ANNO ACCADEMICO

1992/3.....

insegnamento a.a.

ore docenza (specificare se complessive o settimanali)

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.....UNIVERSITA' DI

GENOVA.....

nell'ambito del Corso di...SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA

TORACICA.....

insegnamentoANNO ACCADEMICO 1992/3 E

1996/7.....

ore docenza50 COMPLESSIVE..... (specificare se complessive o settimanali)

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.....UNIVERSITA' DI
GENOVA.....
nell'ambito del Corso di...SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA PLASTICA E
RICOSTRUTTIVA.....
insegnamento ANNI ACCADEMICI DAL 1998 AL 2006 (TOT. OTTO ANNI)
ore docenza20 ORE /ANNO... (specificare se complessive o settimanali)

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...UNIVERSITA' DI
GENOVA.....
nell'ambito del Corso di SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
ONCOLOGIA.....
insegnamento ANNI ACCADEMICI DAL 1996 AL 2006 (TOT. DIECI ANNI)
ore docenza8/ANNO..... (specificare se complessive o settimanali)

(

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.....UNIVERSITA' DI
GENOVA.....
nell'ambito del Corso di.....SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ONCOLOGIA
MEDICA.....
insegnamento ANNI ACCADEMICI DAL 2006 A TUTT'OGGI
ore docenza4/ANNO..... (specificare se complessive o settimanali)
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...UNIVERSITA' DI
GENOVA.....
nell'ambito del Corso di SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
ONCOLOGIA.....
insegnamento ANNI ACCADEMICI DAL 1996 AL 2006 (TOT. DIECI ANNI)
ore docenza8/ANNO..... (specificare se complessive o settimanali)

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.....UNIVERSITA' DI
GENOVA.....
nell'ambito del Corso di.....SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ONCOLOGIA
MEDICA.....
insegnamento ANNI ACCADEMICI DAL 2006 A TUTT'OGGI
ore docenza4/ANNO..... (specificare se complessive o settimanali)
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.....UNIVERSITA' DI
GENOVA.....
nell'ambito del Corso di...SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA DELL'APPARATO
DIGERENTE.....
insegnamento ANNI ACCADEMICI DAL 2002 AD OGGI
ore docenza6/ANNO..... (specificare se complessive o settimanali)

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.....ISTITUTO TUMORI
GENOVA.....
nell'ambito del Corso di...PERFEZIONAMENTO IN ONCOLOGIA PER
INFERMIERI.....
insegnamento EDIZIONE 1996/7 E 1997/8
ore docenza4 /EDIZIONE..... (specificare se complessive o
settimanali)

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.....SCUOLA DI FORMAZIONE
SOGEA.....
nell'ambito del Corso di AGGIORNAMENTO PERSONALE SANITARIO AZ. OSP.S.S.ANTONIO E
BIAGIO ALESSANDRIA.....
insegnamento 18/5/1996
ore docenza5 ore..... (specificare se complessive o settimanali)

di aver partecipato quale **UDITORE E RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari: **(VEDI VOLUME 1)**

VEDI ELENCO COMPLETO DELLA PARTECIPAZIONE A CORSI E CONGRESSI (TOTALE 137) CON SPECIFICATO L'ENTE ORGANIZZATORE, IL TITOLO DEL CORSO,IL PERIODO E IL LUOGO SI SVOLGIMENTO,ECM EVENTUALI E PARTECIPAZIONE IN VESTE DI UDITORE O RELATORE NEL VOLUME N. 1
ASSIEME ALL'ELENCO E' ALLEGATA UNA COPIA DEGLI ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE PER SINGOLO CORSO O CONGRESSO

TOTALE PARTECIPAZIONE COME UDITORE N.100
TOTALE PARTECIPAZIONE COME RELATORE N. 37

(duplicare le righe se insufficienti)

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

conseguita in data

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):

**VEDI ELENCO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE (TOTALE 120 E 1 IN STAMPA)
ED ELENCO ABSTRACT DI ATTI CONGRESSUALI (TOTALE 163)
NEI VOLUMI N...2 E 3....COMPLETO DI ELENCO IN ORDINE PROGRESSIVO E COPIA O
ORIGINALE DI OGNI SINGOLA PUBBLICAZIONE O ABSTRACT**

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): **VEDI VOLUME N...5**

1_.....MONOGRAFIA "LA MOTILITA' DELLO STOMACO E DUODENO" STESURA DEI
CAPITOLI 2-3-4-5-6 LOMBARDO
ED.1984.....

2_.....COLLABORAZIONE ALLA STESURA DEL "MANUALE DI SEMEIOTICA CHIRURGICA" ECIG
ED.1984.....

3_.....STESURA DEL CAPITOLO "MODULAZIONE DEL FOLLOW-UP NE "I TUMORI
GASTROENTERICI" CASA ED.AMBROSIANA MILANO
1984.....

4_.....REALIZZAZIONE DI UN VIDEODISCO INTERATTIVO SULL'ULCERA PEPTICA 1985
.....

5_.....STESURA DI DUE CAPITOLI:
-COMPUTER AIDED LOCOREGIONAL ASSESSMENT OF SOFT TISSUE SARCOMA AND THREE
DIMENSIONAL SIMULATOR SURGERY
-THREE DIMENSIONAL COMPUTER-AIDED DESIGN OF PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY
PROCEDURES IN "HEALTH CARE IN INFORMATION AGE"
IOS PRESS AND OHMSHA ED. USA 1996
.....

6_.....REALIZZAZIONE DI UN DVD DIVULGATIVO SU " L'IMPIANTO PERCUTANEO
DELL'ACCESSO VASCOLARE " BAXTER 2002
.....

7_.....REALIZZAZIONE DI UN DVD DIVULGATIVO IN CHIRURGIA SUL
"TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DEI DIFETTI DI PARETE ADDOMINALE" TYCO
2004.....

8_.....

9_.....

10_.....

(duplicare le righe se insufficienti)

VOLUME ATTIVITA' SVOLTA
(VEDI VOLUME 4)

di avere svolto specifica attività professionale nella disciplina stessa e di possedere la seguente casistica di specifiche esperienze e attività professionali riferite 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 PERIODO 01/01/2013 AD OGGI (27/10/2016) IL CURRICULUM OPERATORIO DERIVA DIRETTAMENTE DAI TABULATI COMPUTERIZZATI DELL'AZIENDA IRCCS SANMARTINO-IST DI GENOVA DOPO L'ACCORPAMENTO TRA ISTITUTO TUMORI E AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO AVVENUTO APPUNTO IN QUEL PERIODO,REGOLARMENTE SEGNATO CON PAGINE PROGRESSIVE E FIRMATO E VIDIMATO NEL PRIMO E ULTIMO FOGLIO DALLA DIREZIONE SANITARIA DI RIFERIMENTO E DAL DIRETTORE DELLA UNITA' OPERATIVA DI RIFERIMENTO(CHIRURGIA GENERALE 1).

PER GLI ANNI PRECEDENTI E' STATO POSSIBILE RISALIRE AI TABULATI DELLA DIREZIONE SANITARIA IST E DI DIPARTIMENTO CHIRURGICO DELL'IST STESSO A PARTIRE DAL 2001 FINO AL 2012 (QUINDI COMPENSIVI DEGLI INTERVENTI RICHIESTI DEI RESTANTI SEI ANNI PRECEDENTI)ANCHE QUESTI REGOLARMENTE VIDIMATI E FIRMATI DAI RESPONSABILI .

**PERIODO 01/01/2013---27/10/2016 (IRCCS SANMARTINO-IST GENOVA)
TOTALE INTERVENTI DI CHIRURGIA GENERALE MAGGIORE COME PRIMO OPERATORE NELLE SALE OPERATORIE DEI DIVERSI BLOCCHI DELL'AZIENDA :
441**

TOTALE INTERVENTI DI CHIRURGIA GENERALE COME SECONDO OPERATORE (IDEM SOPRA) : 79

TOTALE INTERVENTI COME PRIMO OPERATORE DI DAY SURGERY E DI ONE DAY SURGERY : 517

**PERIODO 01/01/2001 ---31/12/2012 (IRCCS ISTITUTO TUMORI GENOVA)
TOTALE INTERVENTI DI CHIRURGIA GENERALE COME PRIMO OPERATORE NELLE SALE OPERATORIE : 1214**

TOTALE INTERVENTI NEL PERIODO 01/01/2007----31/12/2012 : 593

.....
.....
.....
.....

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:

.....ALLA LUCE DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA E DAL CURRICULUM PROFESSIONALE SI EVINCE QUANTO SEGUE:

-L'ELEVATA COMPETENZA ED ESPERIENZA NELL'AMBITO DELLA CHIRURGIA GENERALE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA CHIRURGIA ADDOMINALE, E' DIMOSTRATA DALLA COSPICUA CASISTICA OPERATORIA (PIU' DI INTERVENTI NEGLI ULTIMI DIECI ANNI COME PRIMO OPERATORE, E ALTRETTANTI NEI DIECI ANNI PRECEDENTI) DAPPRIMA NEL REPARTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA E POI IN QUELLO DI CHIRURGIA GENERALE DOPO L'ACCORPAMENTO IST-AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO. TALE ESPERIENZA E' STATA MATURATA NELL'AMBITO DI **RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE IN CHIRURGIA ADDOMINALE, LAPAROSCOPICA E EPATOBILIOPANCREATICA**, CHE IL DR. DI SOMMA RICOPRE ININTERROTTAMENTE **DAL 2003 AD OGGI**. SONO STATI ESEGUITI DAL DR. DI SOMMA INTERVENTI IN CHIRURGIA OPEN E SOPRATTUTTO IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA SU TUTTO IL TRATTO DIGERENTE (PARTICOLARMENTE RILEVANTE LA CASISTICA SUL COLONRETTO) GRAZIE ALLA LUNGA ESPERIENZA IN LAPAROSCOPIA MATURATA SIN DAL 1998 DOPO I NUMEROSI STAGES ALL'ESTERO. ANCHE PER TALI MOTIVI IL DR. DI SOMMA E' STATO SPESSO CHIAMATO COME ESPERTO A MODERARE SESSIONI CONGRESSUALI SULL'ARGOMENTO, NAZIONALI ED INTERNAZIONALI.

ACCANTO A QUESTA VA RICORDATA LA ELEVATA ESPERIENZA IN CHIRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA MATURATA DOPO IL LUNGO STAGE PRESSO L'IRCCS SAN RAFFAELE DI MILANO, CHE HA PORTATO IL DR. DI SOMMA A CONTRIBUIRE ,CON LA PROPRIA CASISTICA, COME UNICO CENTRO LIGURE ASSIEME ALL'OSPEDALE GALLIERA, AL REGISTRO NAZIONALE DI CHIRURGIA MININVASIVA EPATICA, PUBBLICATO SU "**UPDATES SURGERY**" NEL 2015 E A ESSERE L'ATTUALE COORDINATORE DEL DMT EPATOBILIOPANCREATICO NELL'AMBITO DELL'IRCCS SANMARTINO-IST DI GENOVA.

ACCANTO A QUESTA ATTIVITA' DI CHIRURGIA ADDOMINALE MAGGIORE, IL DR. DI SOMMA HA EFFETTUATO FINO DAL 1996 AD OGGI ANCHE INTERVENTI DI CHIRURGIA GENERALE NON ONCOLOGICA (COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE, PLASTICHE ERNIARIE, PLASTICHE PER LAPAROCELE, ETC) CONCILIANDO TALI ATTIVITA' CHIRURGICHE CON GLI INSEGNAMENTI E DOCENZE TEORICO PRATICI DALLO STESSO EFFETTUATI PER LE SCUOLE DI SPECIALITA' DELL'UNIVERSITA' DI GENOVA, NELLE QUALI HA SVOLTO LEZIONI TEORICO PRATICHE IN SALA OPERATORIA SU QUESTE TECNICHE DAL 1993 AD OGGI.

A ULTERIORE TESTIMONIANZA DELL'INTENSA ATTIVITA' CHIRURGICA SVOLTA DAL DR. DI SOMMA NELLA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA NON ONCOLOGICA, IL DR. DI SOMMA HA PUBBLICATO, TRA I PRIMI IN ITALIA, LAVORI SUL TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DEI LAPAROCELI (VEDI VOLUME PUBBLICAZIONI ATTI DEL 8° CONGRESSO E.A.E.S. 2000), POI CONFERMATO CON LA REALIZZAZIONE DI UN DVD SU TALE ARGOMENTO DIFFUSO NEL CONGRESSO ACOI 2007.

INOLTRE IL DR. DI SOMMA SI E' OCCUPATO A LUNGO DI **IMPIANTI VENOSI CENTRALI**, COME TESTIMONIATO DALLA REALIZZAZIONE DI UN DVD INTERATTIVO SULL'ARGOMENTO, DALLA PARTECIPAZIONE A NUMEROSI CORSI E CONGRESI SULL'ARGOMENTO E DALLA PUBBLICAZIONE SULLA PRESTIGIOSA RIVISTA INTERNAZIONALE **JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY** DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO SU QUESTO ARGOMENTO (2005)

N.B. la presente dichiarazione NON SOSTITUISCE la certificazione 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

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:

.....
.....**ALLA LUCE DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA E DAL CURRICULUM PROFESSIONALE SI EVINCE QUANTO SEGUE:**

-L'ELEVATA COMPETENZA ED ESPERIENZA NELL'AMBITO DELLA CHIRURGIA GENERALE ,CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA CHIRURGIA ADDOMINALE MAGGIORE ,E' DIMOSTRATA DALLA COSPICUA CASISTICA OPERATORIA (PIU' DI 1500 INTERVENTI NEGLI ULTIMI DIECI ANNI COME PRIMO OPERATORE, E ALTRETTANTI NEI DIECI ANNI PRECEDENTI) DAPPRIMA NEL REPARTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA E POI IN QUELLO DI CHIRURGIA GENERALE DOPO L'ACCORPAMENTO IST-AZIENDA OSPEDALIERA SAN MARTINO. TALE ESPERIENZA E' STATA MATURATA NELL 'AMBITO DI **RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE IN CHIRURGIA ADDOMINALE,LAPAROSCOPICA E EPATOBILIOPANCREATICA** ,CHE IL DR. DI SOMMA RICOPRE ININTERROTTAMENTE **DAL 2003 AD OGGI**. SONO STATI ESEGUITI DAL DR. DI SOMMA INTERVENTI IN CHIRURGIA OPEN E SOPRATTUTTO IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA SU TUTTO IL TRATTO DIGERENTE (PARTICOLARMENTE RILEVANTE LA CASISTICA SUL COLONRETTO) GRAZIE ALLA LUNGA ESPERIENZA IN LAPAROSCOPIA MATURATA SIN DAL 1998 DOPO I NUMEROSI STAGES ALL'ESTERO. ANCHE PER TALI MOTIVI IL DR. DI SOMMA E' STATO SPESSO CHIAMATO COME ESPERTO A MODERARE SESSIONI CONGRESSUALI SULL'ARGOMENTO, NAZIONALI ED INTERNAZIONALI.

ACCANTO A QUESTA VA RICORDATA LA ELEVATA ESPERIENZA IN CHIRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA MATURATA DOPO IL LUNGO STAGE PRESSO L'IRCCS SAN RAFFAELE DI MILANO, CHE HA PORTATO IL DR. DI SOMMA A CONTRIBUIRE ,CON LA PROPRIA CASISTICA, COME UNICO CENTRO LIGURE ASSIEME ALL'OSPEDALE GALLIERA, AL REGISTRO NAZIONALE DI CHIRURGIA MININVASIVA EPATICA, PUBBLICATO SU "**UPDATES SURGERY**" NEL 2015 (VEDI VOLUME 6) E A ESSERE L'ATTUALE COORDINATORE DEL DMT EPATOBILIOPANCREATICO NELL'AMBITO DELL'IRCCS SANMARTINO-IST DI GENOVA.

ACCANTO A QUESTA ATTIVITA' DI CHIRURGIA ADDOMINALE MAGGIORE,IL DR. DI SOMMA HA EFFETTUATO FINO DAL 1996 AD OGGI ANCHE NUMEROSI INTERVENTI DI CHIRURGIA GENERALE NON ONCOLOGICA (COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE, PLASTICHE ERNIARIE, PLASTICHE PER LAPAROCELE, ETC),COME SI EVINCE DALLA CASISTICA ELENCA NEL VOLUME 4, FINALIZZANDO SPESSO TALI ATTIVITA' CHIRURGICHE ANCHE PER GLI INSEGNAMENTI E DOCENZE TEORICO PRATICI DALLO STESSO EFFETTUATI PER LE SCUOLE DI SPECIALITA' DELL'UNIVERSITA' DI GENOVA,NELLE QUALI HA SVOLTO LEZIONI TEORICO PRATICHE IN SALA OPERATORIA SU QUESTE TECNICHE DAL 1993 AD OGGI.

A ULTERIORE TESTIMONIANZA DELL'INTENSA ATTIVITA' CHIRURGICA SVOLTA DAL DR. DI SOMMA ANCHE NELLA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA NON ONCOLOGICA, IL DR. DI SOMMA HA PUBBLICATO, TRA I PRIMI IN ITALIA, LAVORI SUL TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DEI LAPAROCOLI (VEDI VOLUME PUBBLICAZIONI ATTI DEL 8° CONGRESSO E.A.E.S. 2000), POI CONFERMATO CON LA REALIZZAZIONE DI UN DVD SU TALE ARGOMENTO DIFFUSO NEL CONGRESSO ACOI 2007.

(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.

CAROLINE DI SOMMA, li 06/03/16
Il/La dichiarante


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

Allega alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il ____/1^a ____/5 da _____ COM _____