

## CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE

### D I C H I A R O

I seguenti stati, fatti e qualità personali:

- **di essere in possesso del seguente titolo di studio quale requisito di ammissione alla procedura:**
- Diploma di maturità c/o Liceo Scientifico “G.Galilei” di Potenza (PZ) con voto 100 e lode.  
Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA conseguita presso SAPIENZA UNIVERSITA’ DI ROMA con il voto 110/110 E LODE in data 25/11/2015.
- **di aver prestato i seguenti servizi alle DIPENDENZE di pubbliche amministrazioni o strutture: private e/o convenzionate e/o accreditate con il S.S.N.**

| Ente / Struttura<br>(indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)                   | Dal              | Al                | Qualifica/Profilo professionale    | Tempo<br>Determinato/Indeterminato | Tempo pieno/part time | Motivi di Cessazione                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Università degli Studi di Pisa - Regione Toscana                                        | 01 Novembre 2016 | oggi              | Medico in formazione specialistica | Tempo determinato (5 aa)           | Tempo pieno           | In corso                              |
| Azienda Sanitaria di Potenza (c/o distretto della salute di Picerno, via Piacenza n.26) | 3 Settembre 2016 | 27 Settembre 2016 | Medico di Continuità Assistenziale | Incarico di sostituzione           | 106 ore/mensili       | Contratto di formazione specialistica |

- **di aver partecipato ai seguenti corsi/attività formative**  
Denominazione dell’evento formativo..SCUOLA DI ECOGRAFIA FADOI, IX CORSO DI FORMAZIONE DI BASE..  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di svolgimento..... FADOI, UNAWAY HOTEL BOLOGNA, VIA FANTINI 1, SAN LAZZARO DI SAVENA (BO).....  
Data/e di svolgimento.....28-29-30/09/2019..... num. giorni ...3..... oppure Ore complessive n. ...  
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il conseguimento di ECM e quanti): .....UDITORE CON ESAME FINALE (25 CFU).....  
  
Denominazione dell’evento formativo ... HOT TOPICS IN CARDIOVASCULAR MEDICINE IV.....  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di \ svolgimento..UNIVERSITA’ DI PISA/HOTEL SAN RANIERI, PISA.....  
Data/e di svolgimento.....5/12/2019..... num. giorni. ...oppure Ore complessive n. ..3...  
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il conseguimento di ECM e quanti): .....UDITORE.....  
  
Denominazione dell’evento formativo .....20ESIMO CONGRESSO ARCA .....  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di \ svolgimento...ARCA (ASSOCIAZIONI REGIONALI CARDIOLOGI AMBULATORIALI)/ BAVENO (VB).....  
Data/e di svolgimento.....1-2-3-4/05/2019..... num. giorni 4 oppure Ore complessive n.  
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il conseguimento di ECM e quanti): .....UDITORE.....  
  
Denominazione dell’evento formativo .....MEDICINA CARDIOVASCOLARE 2017.....  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di \ svolgimento.....AREA DELLA RICERCA CNR/ VIA GIUSEPPE MORUZZI,1, PISA.....  
Data/e di svolgimento.....3-4/11/2017..... num. Giorni ...2....oppure Ore complessive n.  
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il

conseguimento di ECM e quanti): .....UDITORE.....

Denominazione dell'evento formativo ... SIIA XXXIV Congresso Nazionale .....  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di \  
svolgimento.....SOCIETÀ ITALIANA DELL' IPERTENSIONE ARTERIOSA/ MARRIOTT HOTEL, VIA  
WASHINGTON 66, MILANO (MI).....  
Data/e di svolgimento.....5-6-7/10/2017..... num. Giorni ...3.....oppure Ore complessive n.  
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il  
conseguimento di ECM e quanti): .....UDITORE.....

Denominazione dell'evento formativo ..... HEART TO DATE 2017.....  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di \  
svolgimento.....SCUOLA SUPERIORE SANT'ANNA/P.ZZA MARTINI DELLA LIBERTÀ' N.33,  
PISA.....  
Data/e di svolgimento.....23/06/2017..... num. giorni.....Oppure Ore complessive n. ....3...  
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il  
conseguimento di ECM e quanti): .....UDITORE.....

Denominazione dell'evento formativo... LA GESTIONE DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE IN  
MEDICINA INTERNA ...  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e  
Luogo di \svolgimento..... FADOI/ UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PISA/HOTEL SAN RANIERI,  
PISA.....  
Data/e di svolgimento.....25/03/2017..... num. giorni....1.....oppure Ore complessive n.  
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il  
conseguimento di ECM e quanti): .....UDITORE.....

Denominazione dell'evento formativo ..... BLS Healthcare Provider .....  
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di \  
svolgimento.....CEQUAM "SAPIENZA"- SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA/ POLICLINICO  
UMBERTO I, VIA DEL POLICLINICO 155, ROMA (RM).....  
Data/e di svolgimento.....25/05/2015..... num. giorni ...1.....oppure Ore complessive n.  
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il  
conseguimento di ECM e quanti): .....UDITORE CON ESAME FINALE.....

Luogo e data PISA, 11/10/2020