

CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE
**REDATTO AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47 DPR 445/2000 (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE-
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA')**

Vibo Valentia

Il/La sottoscritto/a Maria Rosaria Ferraro nato a _____ Prov. _____ il _____
 _____ CAP _____ Prov. _____
 C.F. _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

I seguenti stati, fatti e qualità personali:

- **di essere in possesso del seguente titolo di studio quale requisito di ammissione alla procedura:**
 Laurea / Diploma Universitario / Titolo equipollente o equiparato di (cancellare le ipotesi che non interessano)
Medicina e Chirurgia Conseguito.....
 presso.....Università di Pisa.....con il voto 110/110 e Lode..... in data 23/02/2011
 (per i titoli conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento)
- **di essere in possesso dei seguenti altri titoli di studio (altro diploma di laurea, laurea specialistica, master, dottorato di ricerca o altro):**
 Specializzazione malattie dell'apparato cardiocircolatorio...conseguito presso Università di Pisa.....con il voto
110/110..... in data 26/04/2017conseguito
 presso con il voto.....in data
 (per i titoli conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento);

- **di aver prestato i seguenti servizi**

Ente / Struttura (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) - Datore di lavoro (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)	Dal	Al	Qualifica/Profilo professionale	Tipologia di rapporto di lavoro (Indicare se dipendente, libero professionista, co.co.co, interinale, tirocinante, borsista, volontario, assegnista di ricerca, altro..)	Tempo Determinato/Indeterminato	Tempo pieno/part time*	Motivi di Cessazione

* per il rapporto di dipendenza o interinale indicare se full time o part time (riportando il numero di ore o la percentuale) mentre per le altre tipologie di rapporto di lavoro indicare il numero di ore settimanali/mensili o se a progetto indicare l'oggetto del progetto e l'eventuale apporto del candidato

Ente / Struttura (indicare esatta denominazione , indirizzo e sede) - Datore di lavoro (indicare esatta denominazione , indirizzo e sede)	Dal	Al	Qualifica/ Profilo professionale	Tipologia di rapporto di lavoro (Indicare se dipendente, libero professionista, co.co.co, interinale, tirocinante, borsista, volontario, assegnista di ricerca, altro..)	Tempo Determinato/ Indeterminato	Tempo pieno/ part time*	Motivi di cessazione
Azienda USL Toscana Sud Est - Orbetello Ospedale S.Giovanni di Dio	7/05/2018	7/05/2018	Specialista Ambulatoriale Branca Cardiologia	Specialista Convenzionato Incarico di tipo convenzionale-lavoro autonomo provvisorio (sostituzione)	Incarico provvisorio	9,5 ore totali	Fine incarico
Azienda USL Toscana Sud Est Ospedale Misericordia Grosseto e ambulatori Don Minzoni	6/08/2018	13/09/2018	Specialista Ambulatoriale Branca Cardiologia	Specialista Convenzionato Incarico di tipo convenzionale-lavoro autonomo provvisorio (sostituzione)	Incarico provvisorio	60 ore totali	Fine incarico
Azienda USL Toscana Sud Est Distretto sanitario Follonica	6/8/2018	10/09/2018	Specialista Ambulatoriale Branca Cardiologia	Specialista Convenzionato Incarico di tipo convenzionale-lavoro autonomo provvisorio (sostituzione)	Incarico provvisorio	12 ore totali	Fine incarico
Azienda USL Toscana Sud Est- Distretto e P.O. Colline dell'Albegna	1/08/2018	28/02/2019	Specialista Ambulatoriale Branca Cardiologia	Specialista Convenzionato Incarico di tipo convenzionale-lavoro autonomo provvisorio	Incarico provvisorio	22 ore settimanali	Fine incarico
Azienda USL Toscana Sud Est Osp. S. Giovanni di Dio Orbetello, PO Pitigliano, Osp Misericordia GR	1/03/2019	31/5/2019	Specialista Ambulatoriale Branca Cardiologia	Specialista Convenzionato Incarico di tipo convenzionale- a tempo determinato	Tempo determinato	30 ore settimanali	Recesso dal contratto

Azienda USL Toscana Sud Est Osp. S. Giovanni di Dio Orbetello, PO Pitigliano, Osp Misericordia GR	1/07/2019	8/09/2019	Specialista Ambulatoriale Branca Cardiologia	Incarico di tipo convenzionale-provvisorio	Incarico provvisorio	24 ore settimanali	Fine incarico
Azienda USL Toscana Sud Est ambito provinciale senese (svolto presso PO di Orbetello e Grosseto per flessibilità operativa)	9/09/2019	30/4/2020	Specialista Ambulatoriale Branca Cardiologia	Incarico di tipo convenzionale-provvisorio	Incarico provvisorio	24 ore settimanali	Fine incarico
Azienda USL Toscana Sud Est UOC Cardiologia Ospedale Misericordia Grosseto	1/05/2020	31/10/2020	Dirigente medico Cardiologia	Dipendente a tempo determinato	Tempo determinato	30 ore settimanali (part time)	Assunzione a tempo indeterminato
Azienda USL Toscana Sud Est UOC Cardiologia Ospedale Misericordia Grosseto	1/11/2020	23/07/2023	Dirigente medico Cardiologia	Dipendente a tempo indeterminato	tempo indeterminato	38 ore settimanali (full time)	Licenziamento per trasferimento dovuto a motivi familiari

• **di aver svolto le seguenti attività di docenza:**

Titolo del Corso Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede): a.a. / a.s. oppure: Data di svolgimento ore docenza n. materia di insegnamento.....

N.B. Per ogni docenza indicare il totale delle ore e/o degli aa.aa. (anni accademici) o aa.ss. (anni scolastici).

• **di aver partecipato alle seguenti attività di aggiornamento, convegni, seminari, corsi:**

Denominazione dell'evento formativo ottimizzazione del percorso clinico gestionale del paziente con cardiopatia ischemica Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di svolgimento UO Cardiologia GR
Data/e di svolgimento 4 e 25 maggio 2021 num. giorni 2 oppure Ore complessive n .. 6
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il conseguimento di ECM e quanti): RELATORE, 9 CREDITI ECM

Denominazione dell'evento formativo GESTIONE E RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di svolgimento PROJECT AND COMMUNICATION SRL - CORSO ONLINE
Data/e di svolgimento 04/11/2022 num. giorni oppure Ore complessive n. 22
Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con il conseguimento di ECM e quanti): 33 ecm

• **di aver pubblicato: (saranno valutate esclusivamente le pubblicazioni affini al profilo oggetto della selezione)**

.....
.....

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e presentate in originale o in copia purché il candidato dichiari che la stessa è conforme all'originale mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00. Le pubblicazioni saranno valutate solo se allegate alla domanda.

N.B. Schema da riprodurre per ogni partecipazione ad attività di aggiornamento etc.

Allego fotocopia fronte retro di un valido documento di identità, con sopra trascritta la seguente dicitura, datata e firmata: "Il sottoscritto (cognome e nome), ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le fotocopie allegate alla domanda di partecipazione alla pubblica selezione sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione resa risponde a verità".

Luogo e data Pisa 01/09/2023

FIRMA

NOTA

L'uso del presente modello viene proposto con l'intento di favorire l'applicazione del D.P.R. 445/200 e semplificare lo svolgimento delle procedure. L'uso del modello non limita in alcun modo la Sua facoltà di aggiungere qualsiasi informazione ritenga utile a quelle già indicate dal modello stesso.

• di aver inoltre partecipato alle seguenti attività di aggiornamento, convegni, seminari, corsi:

- **Omniplus Lung: casi emblematici di patologie croniche ostruttive.**
Conseguito in data 02/12/2020 (corso online medstage SRL) 10,5 ECM

- **Progetto formativo sperimentale rischi specifici livello alto per i lavoratori** D.G.R.T. N 959/2019 decreto legislativo 81/08 e accordo stato regioni del 21/12/2011 organizzato da Azienda USL toscana sud est in modalità webinar, 4 ore, 6 crediti ECM (anno 2021)

- **CANNABIS A SCOPO TERAPEUTICO. COMBATTERE IL DOLORE, SEMPRE** erogato in modalità FaD dal 04/02/2022 al 31/12/2022 per n. 8 (otto) ore e avente per obiettivo formativo: Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione. Provider FORMAS, 14,4 (quattordici//quattro) crediti formativi E.C.M.

- **MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI: STRATEGIE DI CONTRASTO AL VIRUS SARS-CoV 2** Erogato in modalità FaD dal 28/04/2021 al 31/12/2021 per n. 2 (due) ore
Provider FORMAS, N. 3.6 Crediti Formativi E.C.M.
Provider: FNOMCeO, codice provider 2603
 - Evento formativo FAD codice ECM 353910: «**La radioprotezione ai sensi del D.Lgs. 101/2020 per medici e odontoiatri**»N. 8.00 (otto) Crediti Formativi E.C.M. (durata corso 8 ore)

- **OMNIAPLUS - BRAIN: CASI EMBLEMATICI DI MALATTIA DI PARKINSON ED EPILESSIA**
- Codice 279234 - 02/12/2020 della durata di: 7 ore

OMNIAPLUS - HEART: casi emblematici di ipertensione e ipercolesterolemia 02/12/2020

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.° 445/2000

Il/La sottoscritto/a Maria Rosaria Ferraro nato a _____ Prov. _____ il esidente in _____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n.° _____ C.F. _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.° 445/2000

D I C H I A R A

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro; - di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione

DATA 01/09/2023 FIRMA _____

(ALLEGATO 2)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000

Il sottoscritto Maria Rosaria Ferraro nato a _____
_____ CAP_ Via_ n. _____ ; consapevole delle
C.F _____ sanzione penali,

nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.° 445/2000,

D I C H I A R A

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000, i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA _____ FIRMA _____

N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.