

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

Il sottoscritto MARCO NAPOLETANO

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

DICHIARA

I seguenti stati, fatti e qualità personali:

- **di essere in possesso del seguente titolo di studio quale requisito di ammissione alla procedura:**
 - 1. Laurea in Medicina e Chirurgia, Conseguita presso Università di Pisa con il voto di 109/110 in data 21/07/2015
 - 2. Specializzazione in Medicina del Lavoro, Conseguita presso Università di Pisa con il voto di 110/110 e lode in data 10/01/2022
- **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 (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)	Dal	Al	Qualifica/Profilo professionale	Tempo Determinato/Indeterminato	Tempo pieno/part time	Motivi di Cessazione
U.O. PNEUMOLOGIA UNIVERSITARIA - AOUP Pisa, Italia	01/06/2014	01/06/2016	Frequentatore volontario		Part time	-
U.D.A. CARDIOCHIRURGIA - SPEDALI CIVILI Brescia, Italia	01/11/2016	01/02/2017	Medico specializzando	Determinato	Tempo pieno	Rinuncia agli studi
SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - Ghedi (BS)	01/02/2017	30/04/2017	Medico libero professionista	Determinato	Part time	Cessazione del contratto
CASA DI CURA VILLA SERENA SPA - Piossasco (TO)	01/02/2017	28/12/2017	Medico libero professionista	Determinato	Part time	Cessazione del contratto

- **di aver svolto altre attività:**
 1. attività di sorveglianza sanitaria, di tracciamento e sorveglianza attiva degli operatori sanitari contatti di casi COVID-19, e di gestione delle relative pratiche medico-legali, presso P.O. di Livorno, nel periodo marzo-aprile 2020.
 2. attività di sorveglianza sanitaria, di tracciamento e sorveglianza attiva degli operatori sanitari contatti di casi COVID-19, e di gestione delle relative pratiche medico-legali, attività di vaccinazione anti-Covid del personale sanitario dipendente e della popolazione generale presso AOUP con contratto libero-professionale nel periodo gennaio-luglio 2021.

◦ di aver pubblicato:

1. **M. Napoletano**, A. Bonotti, R. Foddìs, A. Cristaudo. Associazione tra lavoro notturno e patologie cardiovascolari negli operatori sanitari di una grande Azienda Ospedaliera toscana. 2019
2. R. Marino, **M. Napoletano**, G. Guglielmi, R. Foddìs, A. Cristaudo. Studio sulla coorte di lavoratori esposti a vibrazioni del sistema mano-braccio afferiti presso l'ambulatorio di fotopleletismografia della U.O. Medicina Preventiva del Lavoro dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana dal 2006 al 2017. 2018
3. G. Scardina, L. Ceccarelli, V. Casigliani, S. Mazzilli, **M. Napoletano**, M. Padovan, A. Petillo, D. Sironi, et al. Evaluation of Flu Vaccination Coverage among Healthcare Workers during a 3 Years' Study Period and Attitude towards Influenza and Potential COVID-19 Vaccination in the Context of the Pandemic. *Vaccines* 2021, 9(7), 769; <https://doi.org/10.3390/vaccines9070769>
4. Gattini V., **Napoletano M.**, Bonotti A., ... Cristaudo A., Foddìs R. Antimeningococcal Vaccination Coverage Among Healthcare Workers in an Italian University Hospital. *Frontiers in Public Health*, 2021, 9, 651100

RECAPITI PERSONALI

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

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, il 03/02/2022

*indicare se dipendente, libero professionista, co.co.co, interinale, tirocinante, borsista, volontario, assegnista di ricerca, altro

** 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