

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

La sottoscritta ....DI GIULIO ALESSIA..., consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli di studio:

Laurea in .....MEDICINA E CHIRURGIA..... conseguita presso ...UNIVERSITÀ DI PISA... in data ...15/03/2011...

Per i titoli conseguiti all'Estero: Riconoscimento n. ....rilasciato da.....  
 .....il .....

Specializzazione in ...MEDICINA INTERNA.... conseguita presso ...UNIVERSITÀ DI PISA....  
 in data ....10/07/2019..... Anno immatricolazione ...2012/2013.....

Per i titoli conseguiti all'Estero: riconoscimento n. ....rilasciato da.....  
 .....il .....

Specializzando iscritto all'ultimo anno della Specializzazione in ..... Università di  
 ..... Anno accademico di immatricolazione..... data presunta di specializzazione  
 .....

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario, Borse di studio)

.....  
 conseguito presso .....  
 in data .....

Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici n ...03168... di ...LUCCA... dal ...20/07/2011.....

ovvero indicare il Paese Europeo di iscrizione .....

Esperienze lavorative e/o professionali:

**Nei campi sottostanti il candidato DEVE DICHIARARE ESCLUSIVAMENTE i servizi prestati con le seguenti contrattuali: servizio c/o strutture private, agenzie interinali, cooperative, Servizi libero professionali, Specialistica ambulatoriale interna.**

<i>Denominaz Az./Ente</i>	<i>Tipologia Az.ente (1)</i>	<i>Sede Az./Ente</i>	<i>dal</i>	<i>al</i>	<i>Profilo e disciplina (2)</i>	<i>tipo di servizi o (3)</i>	<i>TEMPO (4)</i>
ISTITUTO DI FISILOGIA CLINICA – CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE	ISTITUTO DI RICERCA	VIA G. MORUZZI, 1 – 56124 PISA	14.03.13	13.06.13	COLLABORATORE – “Analisi quantitativa dello spessore medio-intimale carotideo mediante	L	

					software dedicato all'interno del progetto di valutazione attraverso biomarcatori di imaging di popolazione di soggetti sani ma a rischio di malattie cardiovascolari quando esposte ad arsenico ambientale"		

Indicare i periodi di interruzione del servizio per aspettativa/congedo o altre assenze senza assegni con interruzione del servizio (no maternità o congedi parentali):

Dal (gg/mm/aaaa) ..... al (gg/mm/aaaa) ..... Motivazione dell'assenza .....

Attività di docenza svolte:

Titolo del Corso .....

Ente Organizzatore .....

Data/e di svolgimento..... Ore docenza n. ....

Materia di insegnamento:.....

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso ...BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION PROVIDER.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...AMERICAN HEART ASSOCIATION – AOUP / PISA.

Data/e di svolgimento...13/09/2016..... Ore complessive n. ...8...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...PROVIDER/CON ESAME FINALE...

Titolo del Corso ...ATLS STUDENT COURSE...

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS / PISA ...

Data/e di svolgimento...22-23-24/02/2017... Ore complessive n. ...22...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ....PROVIDER/CON ESAME FINALE/32 ECM...

---

Titolo del Corso ...CORSO TEORICO-PRATICO DI RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE BLS-D ESECUTORE RETRAINING...

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento...FNOMCeO /LUCCA.....

Data/e di svolgimento...08/09/2018... Ore complessive n. ...5...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...ESECUTORE/CON ESAME FINALE/10,6 ECM...

Titolo del Corso ..CORSO DI FORMAZIONE TEORICO PRATICO IN EMERGENZA URGENZA..

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento...FNOMCeO/LUCCA.....

Data/e di svolgimento...dal 11/01/2019 al 08/03/2019... Ore complessive n. ...32...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ..UDITORE/CON ESAME FINALE/48,8 ECM.....

Titolo del Corso ...FORMAZIONE OBBLIGATORIA IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO PER I LAVORATORI.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...UNIVERSITA' DI PISA/PISA.....

Data/e di svolgimento...dal 31/01/2019 al 06/02/2019..... Ore complessive n. ...16...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/CON ESAME FINALE.....

Titolo del Corso ...ECOGRAFIA CLINICA IN EMERGENZA URGENZA – CORSO BASE...

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...SIMEU/PISA.....

Data/e di svolgimento...19-20/03/2019... Ore complessive n. ...16...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/CON ESAME FINALE/18,4 ECM.....

Titolo del Corso ...ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT - RETRAINING...

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ....AMERICAN HEART ASSOCIATION –AOUP/PISA.

Data/e di svolgimento...13/05/2019...Ore complessive n. ...8...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/SENZA ESAME FINALE/.....

Titolo del Corso ...LA GESTIONE DELLE URGENZE RESPIRATORIE.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...FADOI/FIRENZE.....

Data/e di svolgimento...14/11/2018..... Ore complessive n. ...8...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/SENZA ESAME FINALE/.....

Titolo del Corso ...ROOT CAUSE ANALYSIS.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...FAD.....

Data/e di svolgimento...05/03/2012..... Ore complessive n. ...NON SPECIFICATO...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/CON ESAME FINALE/12 ECM.....

Titolo del Corso ...AUDIT CLINICO.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...FAD.....

Data/e di svolgimento...29/04/2013..... Ore complessive n. ...NON SPECIFICATO...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/CON ESAME FINALE/12 ECM.....

Titolo del Corso ...CARDIOLUCCA 2018.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...CARDIOLUCCA/LUCCA.....

Data/e di svolgimento...22-23-24/02/2018..... Ore complessive n. ...20...

---

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/SENZA ESAME FINALE/.....

Titolo del Corso ...AUDIT CLINICO IN ONCOLOGIA: CARCINOMA GASTRICO, DIAGNOSI E TRATTAMENTO ANTIBLASTICO DI TIPO ADJ.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...ASL NORD OVEST/LUCCA.....

Data/e di svolgimento...23/02/2006..... Ore complessive n. ...4...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/SENZA ESAME FINALE/.....

Titolo del Corso ...AUDIT CLINICO GRC PERCORSO N.1.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...ASL NORD OVEST/LIDO DI CAMAIORE.....

Data/e di svolgimento...dal 07/06/2017 al 29/12/2017..... Ore complessive n. ...3...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/CON ESAME FINALE/3 ECM.....

Titolo del Corso ...MORTALITY AND MORBILITY REVIEWS.....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento ...ASL NORD OVEST/LIDO DI CAMAIORE.....

Data/e di svolgimento...dal 17/06/2017 al 27/12/2017..... Ore complessive n. ...2...

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): ...UDITORE/CON ESAME FINALE/2 ECM.....

Altre attività svolte (utilizzare questo spazio per dichiarare, ad esempio, borse di studio, assegni di ricerca, tirocini volontari ed attività similari, seguendo lo schema utilizzato per le esperienze lavorative e/o professionali):

...TIROCINIO VOLONTARIO svolto dal 01/09/2011 al 13/03/2013 presso Ambulatori del Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura dell'ipertensione arteriosa – DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA Ospedale S. Chiara Via Roma, 67 – 56126 Pisa... “Attività clinica e gestione di database nell’ambito dell’epidemiologia dell’ipertensione arteriosa, valutazione non invasiva di biomarcatori di funzione e struttura vascolare”.....

...ESPERIENZA IN STUDI CLINICI DI FASE II E III SECONDO GCP svolta dal 01/09/2011 al 13/03/2013 come sub-investigatore per Servier e Takeda e come data-manager per Boehringer Ingelheim presso Ambulatori del Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura dell'ipertensione arteriosa – DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA Ospedale S. Chiara Via Roma, 67 – 56126 Pisa ...

(Solo per i cittadini di Stati membri della Unione Europea) Dichiarazione relativa al godimento dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza o provenienza, al possesso di tutti i requisiti previsti per i cittadini italiani, ad eccezione della cittadinanza italiana, nonché di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana:

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

Elenco Pubblicazioni /abstract / poster / altro ALLEGATE nella domanda online (numerare gli allegati) nel seguente modo:

1) Titolo: ...DEVICE-BASED THERAPIES FOR RESISTANT HYPERTENSION...

Autori ...R.M. BRUNO, A. DI GIULIO, G. BERNINI, A. VIRDIS, L. GHIADONI, S. TADDEI...

Rivista scientifica / altro ...CURRENT PHARMACEUTICAL DESIGN, 2013, VOL. 19, No. 00...

- 
- 2) Titolo: ...POOR SLEEP QUALITY AND RESISTANT HYPERTENSION...  
Autori ...R.M. BRUNO, L. PALAGINI, A. GEMIGNANI, A. VIRDIS, A. DI GIULIO, L. GHIADONI, D. RIEMANN, S. TADDEI...  
Rivista scientifica / altro ...SLEEP MED, 2013 Nov; 14(11): 1157-63...
- 3) Titolo: ...RELATION BETWEEN POOR SLEEP QUALITY AND RESISTANT HYPERTENSION...  
Autori ...R.M. BRUNO, L. PALAGINI, L. BONTEMPELLI, G. METALLO, A. DI GIULIO, A. GEMIGNANI, M. GUAZZELLI, L. GHIADONI, S. TADDEI...  
Rivista scientifica / altro ...EUROPEAN HEARTH JOURNAL (2012) 33 (Abstract Supplement), 1066...
- 4) Titolo: ...PREVALENZA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA RESISTENTE IN UN AMBULATORIO SPECIALISTICO...  
Autori ...R.M. BRUNO, I. DEL FRATE, V. MAZZI, A. DI GIULIO, E. DAGHINI, L. GHIADONI, S. TADDEI...  
Rivista scientifica / altro ...Poster P86, XXVIII Congresso Nazionale SIIA, 29 settembre – 1 ottobre 2011, Roma...

<sup>1</sup> Oltre al nome dell'Ente specificare se trattasi di:

*IRCSS privati*

*Enti/ Case di cura private*

*Agenzie di lavoro interinale*

*Cooperative*

*Altro (specificare)*

<sup>2</sup> *Indicare profilo e disciplina*

<sup>3</sup> *Indicare D= dipendente (lavoro subordinato); L = libera professione (comprende anche cococo, cocopro.); S= stagista; T= tirocinio;*

<sup>4</sup> *Indicare TP = tempo pieno; PT = tempo parziale (in questo caso indicare ore e/o percentuale) in caso di lavoro subordinato, altrimenti indicare le ore settimanali se previste.*

*In merito all'attività di specialistica ambulatoriale indicare: le ore settimanali svolte, se trattasi di rapporto libero professionale o altra tipologia lavorativa.*