

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

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

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)
Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di Pisa con il voto 107/110 in data 17/10/2012.

(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 in Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore conseguito presso l'Università di Pisa con il voto 110/110 e Lode in data 19/12/2019

(per i titoli conseguiti all'estero indicare gli estremi del Decreto Ministeriale di riconoscimento);

- **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.**

Denomi naz Az./Ente	Sede Az./Ente	dal	al	Qualifica/Profi lo professionale	Tempo determinato/In determinato	Tempo pieno (TP)/part time (PT)	<i>Motivi di cessazione</i>
Asl 6	Livorno	10/07/ 14	18/07 /14	Sostituzione di medico di medicina generale	determinato	TP	Fine incarico
Asl 6	Donoratico	01/07/ 13	15/07 /13	Guardia medica turistica	determinato	PT (106ore)	Fine incarico
Asl 6	Piombino	01/09/ 13	31/11 /13	Medico di continuità assistenziale	determinato	PT (188ore)	Fine incarico
Asl 6	Venturina	20/12/ 13	31/01 /14	Medico di continuità assistenziale	determinato	PT (60ore)	Fine incarico
Asl 6	Monteverdi	01/02/ 14	28/02 /14	Medicodi continuità assistenziale	determinato	PT (120ore)	Fine incarico
Asl 6	Venturina	01/03/ 14	31/03 /14	Medico di continuità assistenziale	determinato	PT (32ore)	Fine incarico
Asl 6	S.Vincenzo	07/06/ 14	07/06 /14	Guardia medica turistica	determinato	PT (9ore)	Fine incarico
Asl 6	Monteverdi	08/06/ 14	08/06 /04	Medico di continuità assistenziale	determinato	PT (12ore)	Fine incarico
Asl 6	Donoratico	28/06/ 14	31/07 /14	Guardia medica turistica	Determinato	PT (132ore)	Fine incarico

- **di aver svolto le seguenti altre attività:**

Datore di lavoro(indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)	Dal	Al	Qualifica/Profilo professionale	Tipologia di rapporto di lavoro *	Tipologia oraria **	Motivi di Cessazione

- **di aver svolto altre attività**

- Attività di specializzando in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore: sale operatorie di chirurgia generale, oculistica, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia, senologia, ch toracica, pediatria otorino e pediatria urologica in regime di elezione e urgenza presso l’Ospedale di Livorno (marzo 2019 – novembre 2019)
- Attività di specializzando in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore: sale operatorie di chirurgia generale, oculistica, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia, in regime di day hospital, elezione e urgenza e terapia intensiva pediatrica presso l’azienda ospedaliera universitaria “Meyer” – Firenze (Novembre 2018 – marzo 2019)

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

Titolo del CorsoEnte 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:

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

Titolo del Corso: Advanced Trauma Life Support (ATLS provider)

Ente Organizzatore: Treat S.r.l

Data/e di svolgimento: 31 gennaio-2 febbraio 2019 Ore docenza n. 22

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): uditore con esame, senza crediti ECM.

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

Titolo del Corso:"Le modalità di ventilazione meccanica"

Ente Organizzatore: Fondazione poliambulanza, Brescia

Data/e di svolgimento: 20-21/09/18 Ore docenza n.15

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): uditore senza esame, senza crediti ECM.

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

Titolo del Corso: Basic life support (BLS-D)

Ente Organizzatore: Salus itinere

Data/e di svolgimento:09/09/2018 Ore docenza n.6

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): uditore con esame senza crediti ECM.

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

Titolo del Corso : Pediatric advance life support (Pals)

Ente Organizzatore: Ao pisana

Data/e di svolgimento: 21-21/02/2019 Ore docenza n.15

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): uditore, senza esame, senza crediti ECM

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

Titolo del Corso: "Gestione delle vie aeree"

Ente Organizzatore: SIAARTI

Data/e di svolgimento: 06/06/19 Ore docenza n. 10

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): uditore senza esame senza ECM

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

Titolo del Corso: SMART 30a edizione Milano

Ente Organizzatore: Start promotion eventi

Data/e di svolgimento: 08-10/05/2019 Ore docenza n.

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): uditore senza esame senza crediti ECM

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

Titolo del Corso: "Focus on selected topics in critical care and perioperative medicine"

Ente Organizzatore: Tuscany Critical Care Group

Data/e di svolgimento: 27-28/11/2018 Ore docenza n.16

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): uditore senza esame, senza crediti ECM

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

Titolo del Corso: "Corso base teorico-pratico: accesso vascolare venoso e arterioso"

Ente Organizzatore: Pirene S.r.l

Data/e di svolgimento: 02/10/2017 Ore docenza n.8

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): udire senza esame.

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

Titolo del Corso: EuroELSO 2019

Ente Organizzatore: EuroELSO

Data/e di svolgimento: 10-13/04/2019

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): uditore senza esame, senza crediti ECM

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

Titolo del Corso: " Corso di Ecodinamica: dalla fisiopatologia al monitoraggio"

Ente Organizzatore: AO Pisana T&c s.r.l

Data/e di svolgimento: 14-15/09/17 Ore docenza 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 senza crediti ECM

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

Titolo del Corso: "2nd International Perioperative TEE Symposium"

Ente Organizzatore: Start promotion S.r.l

Data/e di svolgimento: 8-9/02/2018 Ore docenza n.12

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

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

Titolo del Corso: "Sicurezza in Anestesia- confronto tra esperti"

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento: Max hotel Livorno

Data/e di svolgimento: 23/11/ 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.

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

Titolo del Corso “ Il trauma maggiore: take home message”

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento: Partener-graf S.R.L/Grand Hotel Principe di Piemonte

Data/e di svolgimento:07/12/2019 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.

Denominazione dell'evento formativo
Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di svolgimento.....
Data/e di svolgimento..... num. giorni 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):
Denominazione dell'evento formativo

Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di \ svolgimento.....
Data/e di svolgimento..... num. giorni..... 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):

- **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

FIRMA

*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

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.

(Allegato n. 1)

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

La sottoscritta Alessia Profeti nata a Livorno Prov. LI il 24/01/1985 residente in Livorno CAP 57126_ Prov. LI Via Borgo san Jacopo_n.° 175___ C.F. PRFLSS85A64E625S 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_____FIRMA_____

(ALLEGATO 2)

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

La sottoscritta Alessia Profeti nata a Livorno il 24/01/1985 e residente in Livorno CAP 57126 Via Borgo S.Jacopo n.175 C.F PRFLSS85A64E625S; consapevole delle 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.