

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 **NECCIARI GABRIELE** nato [] Prov. [] il [] residente in [] CAP []
Prov. [] Via [] n.° [] C.F. []

Ai sensi degli art. 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)
in MEDICINA E CHIRURGIA Conseguito presso l'UNIVERSITÀ PISA con il voto di 110/110 e LODE in data 27/05/2015.
(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):**
.....conseguito presso.....con il voto
..... in data.....conseguito 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 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
Marina Militare Italiana – Accademia Navale, Viale Italia 72, 57127, Livorno (LI)	26/09/2007	01/10/2018	UFFICIALE MEDICO CHIRURGO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO PIENO	CONGEDO

- **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.....**

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

Titolo del Corso “Corso di Medicina Subacquea ed Iperbarica” Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede): Comando Subacqueo Incursori – Marina Militare Italiana – Via Libertà 1, 19020 Le Grazie (SP). a.a. / a.s. oppure: Data di svolgimento 09/01/2017 – 13/03/2017 ore docenza n 120 ore - materia di insegnamento “Medicina Subacquea ed Iperbarica.

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: 82° CONGRESSO NAZIONALE DI MEDICINA DEL LAVORO

Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede) e Luogo di svolgimento:

SIML (Società Italiana di Medicina del Lavoro) – TRIESTE, Stazione Marittima

Data/e di svolgimento 25-27 SETTEMBRE 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): RELATORE, senza esame finale e senza conseguimento di ECM.

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)

- Sudden and persistent dysphonia within the framework of COVID-19: The case report of a nurse. (Brain, Behavior, & Immunity - Health, Volume 9, 2020, 100160, ISSN 2666-3546, <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100160>);
- Studio spirometrico nei palombari del corso di immersioni profonde della Marina Militare Italiana (G Med Mil. 2020; 170(1): 21-40);
- Il ruolo attuale dell'OTI nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto. (G Med Mil. 2019; 169(2): 173-182);
- Psicologia ed immersioni subacquee (G Med Mil. 2019; 169(1): 67-78);
- Il possibile ruolo dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento delle uveiti: "può influenzare la naturale evoluzione di questa patologia?" (G Med Mil. 2019; 169(1): 59-66);
- Analisi del danno endoteliale attraverso lo studio di Microparticelle in personale delle Forze Speciali (G Med Mil. 2018; 168(1-2-3): 39-50);
- L'intossicazione iperossica nel subacqueo: quindici anni di indagini statistiche su oltre 2000 operatori (G Med Mil. 2017; 167(1): 65-84).

Le pubblicazioni devono essere editate 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, lì 22/11/2020

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. 445/2000 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.

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

Il sottoscritto NECCIARI GABRIELE, nato a [REDACTED] Prov. [REDACTED] il [REDACTED] residente in [REDACTED] CAP [REDACTED]
Prov. [REDACTED] Via [REDACTED] C.F. [REDACTED] 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 in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di Pisa in data 27/05/2015 con votazione di 110/110 e LODE;
- Di aver conseguito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo presso l'Università di Pisa in data 04/02/2016 con punti 267.5/270;
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Pisa dal 22/02/2016 con n. [REDACTED]
- Di essere iscritto al III anno della Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Pisa.

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. PISA, li 22/11/2020

FIRMA_ [REDACTED]

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

Il sottoscritto NECCIARI GARBIELE nato a [REDACTED] il [REDACTED] e residente in [REDACTED] CAP [REDACTED] /via [REDACTED] n [REDACTED] C.F. [REDACTED] 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

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

• **di aver pubblicato i seguenti articoli:**

- Sudden and persistent dysphonia within the framework of COVID-19: The case report of a nurse. (Brain, Behavior, & Immunity - Health, Volume 9, 2020, 100160, ISSN 2666-3546, <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100160>);
- Studio spirometrico nei palombari del corso di immersioni profonde della Marina Militare Italiana (G Med Mil. 2020; 170(1): 21-40);
- Il ruolo attuale dell'OTI nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto. (G Med Mil. 2019; 169(2): 173-182);
- Psicologia ed immersioni subacquee (G Med Mil. 2019; 169(1): 67-78);
- Il possibile ruolo dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento delle uveiti: "può influenzare la naturale evoluzione di questa patologia?" (G Med Mil. 2019; 169(1): 59-66);
- Analisi del danno endoteliale attraverso lo studio di Microparticelle in personale delle Forze Speciali (G Med Mil. 2018; 168(1-2-3): 39-50);
- L'intossicazione iperossica nel subacqueo: quindici anni di indagini statistiche su oltre 2000 operatori (G Med Mil. 2017; 167(1): 65-84).

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

- Titolo del Corso: "Corso di Medicina Subacquea ed Iperbarica"; Ente Organizzatore: Comando Subacqueo Incursori – Marina Militare Italiana – Via Libertà 1, 19020 Le Grazie (SP). Data di svolgimento 09/01/2017 – 13/03/2017; ore docenza n 120 ore - materia di insegnamento: "Medicina Subacquea ed Iperbarica".

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 PISA, li 22/11/2020. FIRMA_ [REDACTED]

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.