

CURRICULUM PROFESSIONALE

ALL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE MANTOVA
Strada Lago Paiolo, 10
46100 MANTOVA

CURRICULUM PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO QUINQUENNALE DI DIRIGENTE FARMACISTA DISCIPLINA FARMACIA OSPEDALIERA - DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE approvato con atto deliberativo n. 214 del 20/02/2020.

IO SOTTOSCRITTO/A TAUROSZI MARCELLO

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ:

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a _____

), il 22/10/1969

di risiedere in _____

indirizzo: _____

di essere domiciliato

indirizzo: _____

Stato Civile: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

6 di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN FARMACIA O IN CHIMICA E TECNOLOGIE FARMACEUTICHE (specificare) FARMACIA conseguita in data 15/3/95
con voto pari a 96/110 presso UNIVERSITA' DI FERRARA
con sede in FERRARA e
di essere in possesso del DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in FARMACIA OSPEDALIERA
conseguito in data 21/7/98 voto: 46/50 della durata legale di anni 3
presso UNIVERSITA' DI MODENA
con sede in MODENA

o ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO: _____

conseguito il _____ presso _____

con sede in _____

TITOLO: _____

conseguito il _____ presso _____

con sede in _____

ulteriori informazioni: _____

ESPERIENZA LAVORATIVA

referita ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessari)

Dal 1/07/2005 al 30/04/2015 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDIERA CARLO POMA (esatta denominazione dell'ente)

con sede in ASOLA

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- ☒ Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)
- ☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- ☐ Struttura Privata

con contratto di tipo: ☒ dipendente;

- ☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi): _____
- ☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di DIRIGENTE FARMACISTA DISCIPLINA DI FARMACIA OSPEDIERA

- ☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ impegno ridotto (nr. ore sett. _____)
- ☒ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro ☒ tempo pieno ☐ impegno ridotto (nr. ore sett. _____)

con incarico dirigenziale STRUTTURA SEMPLICE PRESSO LA FARMACIA INTERNA DEL P.O. DI ASOLA
(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal 1/07/2005 al 30/04/2015

Motivo dell'eventuale cessazione: CHIUSURA DELLA FARMACIA DEL P.O. DI ASOLA

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO ☐ SI ☐

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____

Dichiaro che: ☐ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

☐ o ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

La misura della riduzione del punteggio è _____

ESPERIENZA LAVORATIVA

riferita ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessari)

Dal 01/05/2015 al TUTT'OGGI (indicare gg/mm/aa)

presso ASST MANTOVA (esatta denominazione dell'ente)

con sede in MANTOVA

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

☒ Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)

☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale

☐ Struttura Privata

con contratto di tipo: ☒ dipendente;

☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi): _____

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di DIRIGENTE FARMACISTA DISCIPLINA DI OSPEDALIERA E TERRITORIALE

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ impegno ridotto (nr. ore sett. _____)

☒ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro ☒ tempo pieno ☐ impegno ridotto (nr. ore sett. _____)

con incarico dirigenziale DI ALTA SPECIALIZZAZIONE IN GALENICA CLINICA

(Indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal 01/05/2015 al TUTT'OGGI

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO ☐ SI ☐

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____

Dichiaro che: o non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

o ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

La misura della riduzione del punteggio è _____

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

riferite ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.): _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.): _____

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.): _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.): _____

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.): _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.): _____

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

PRESENZE A CORSI:

riferiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: ~~SISTEMA~~ SISTEMA IMMUNITARIO E NUTRIZIONE

ENTE ORGANIZZATORE: IMAGINE

LUOGO DI SVOLGIMENTO: CORSO FAD

PRESEZIATO COME: ☒ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 30/10/13 AL 30/10/13 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali _____ conseguendo nr. 15 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: FARMACI BIOTECNOLOGICI: ASPETTATIVE TERAPEUTICHE E PECULIARITA'

ENTE ORGANIZZATORE: IMAGINE

LUOGO DI SVOLGIMENTO: CORSO FAD

PRESEZIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 23/11/18 AL 23/11/18 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali _____ conseguendo nr. 15 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: IL TRATTAMENTO DEL NSCLC NELL'ERA DELL'IMMUNO-ONCOLOGIA

ENTE ORGANIZZATORE: M. EDITOR

LUOGO DI SVOLGIMENTO: FAD

PRESEZIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 30/10/17 AL 29/5/18 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 6 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

riferiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: ~~IN OTTICA~~ GESTIONE AL. INF. 210N1 IN VIA ADDOMINAI E UMANA
ENTE ORGANIZZATORE: ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 3 ASPETTI CLINICI E ECONOMICI
LUOGO DI SVOLGIMENTO: MDA102
FAD

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA
DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 1/3/17 AL 31/12/17 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 5 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: INFORMATICHE ELEVANTI ORALI NELLA GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE
ENTE ORGANIZZATORE: ATMATE NON VACUOLARI
PROTECT E COMMUNICATION SRL
LUOGO DI SVOLGIMENTO: FAD

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA
DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 1/12/17 AL 1/12/17 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 30 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: IL FARMACISTA E IL FARMACO INNOVATIVO
ENTE ORGANIZZATORE: EDRA SPA
LUOGO DI SVOLGIMENTO: FAD

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA
DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 5/7/17 AL 4/7/18 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 20 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

referiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: ~~LA FARMACIA DEI SERVIZI~~ LA FARMACIA DEI SERVIZI

ENTE ORGANIZZATORE: IDEA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: FAD

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 5/9/16 AL 31/10/16 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 50 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: SALUTE E SOCIETA': L'IMPATTO SULLA SALUTE DELL'ATTUALE
CRISI ECONOMICA IN PROVINCIA DI MANTOVA

ENTE ORGANIZZATORE: IDEA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: FAD

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 28/9/15 AL 13/12/15 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 50 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: IL VALORE DEI FARMACI BIOTECNOLOGICI NELL'USO DEL BIOSIMILARE

ENTE ORGANIZZATORE: MEDITOR

LUOGO DI SVOLGIMENTO: CORSO FAD

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 2/12/15 AL 2/10/15 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 6 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

referti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: ~~CUO PATR E NUOVE APPRENDERE~~

ENTE ORGANIZZATORE: IDCA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Corso FAN

PRESENIATO COME: ☐ Uditore ☐ Segreteria Scientifica
☐ Relatore ☒ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 14/9/14 AL 23/11/14 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 50 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: LA GESTIONE INTEGRATA CLINICO-FARMACISTICA OSPEDALIERA
DEL PAZIENTE CON INFEZIONE DA HIV

ENTE ORGANIZZATORE: EUMEDAFORM

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MILANO

PRESENIATO COME: ☒ Uditore ☐ Segreteria Scientifica
☐ Relatore ☐ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 2/12/14 AL 2/12/14 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali _____ conseguendo nr. 7 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: GRUPPO DI MIGLIORAMENTO: ATTIVITA' DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO
PER LA QUALITA' ED AMPLIAMENTO DEGLI INTERNI AUDITOR

ENTE ORGANIZZATORE: AZIENDA OSPEDALIERA CARO POMA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESENIATO COME: ☒ Uditore ☐ Segreteria Scientifica
☐ Relatore ☐ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 12/6/13 AL 10/12/13 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 8 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

referiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO:

~~FAARMACI~~ AUTOMEDICAZIONE E AUTOCURA
TAA MEDICINA CONVENZIONALE E NON CONVENZIONALE

ENTE ORGANIZZATORE:

IDEAS

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

MANTOVA

PRESENZIATO COME:

☐ Uditore

☐ Segreteria Scientifica

☐ Relatore

☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO:

NEI GIORNI DAL 9/9/13 AL 24/11/13 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 50 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

IL PROCESSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON ALUNTI REMOTORE
E ATTIVITA' PSOMASICA

ENTE ORGANIZZATORE:

MADITOT

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

CORSO FAD

PRESENZIATO COME:

☐ Uditore

☐ Segreteria Scientifica

☐ Relatore

☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO:

NEI GIORNI DAL 15/12/13 AL 1/10/14 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 5 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

REGISTRO DEI FARMACI INNOVATIVI: DA OBBIO A SVANIMENTO DI
PROMOZIONE DELL'APPROPRIETA' ATTRAVERSO L'USO CREATIVO

ENTE ORGANIZZATORE:

SANTANDREA

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

CORSO FAD

PRESENZIATO COME:

☐ Uditore

☐ Segreteria Scientifica

☐ Relatore

☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO:

NEI GIORNI DAL 31/1/13 AL 31/1/14 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 6 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

referiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: ~~LA FARMACOLOGIA~~ LA FARMACOLOGIA E LA SICUREZZA NEGLI USI DEI FARMACI

ENTE ORGANIZZATORE: POLICLINICO DI MANTOVA CASA DI CURA PRIVATA SPA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: CORSO FARM

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 21/1/12 AL 24/1/12 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 48 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: LA FARMACOLOGIA E LA SICUREZZA NEGLI USI DEI FARMACI

ENTE ORGANIZZATORE: POLICLINICO DI MANTOVA CASA DI CURA PRIVATA SPA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: AUDITORIUM MPS MANTOVA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 11/11/12 AL 11/11/12 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 7 conseguendo nr. 5,25 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: GESTIONE DELL'EMERGENZA - URGENZA IN AMBITO OSPEDALIERO

ENTE ORGANIZZATORE: AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 9/11/12 AL 14/11/12 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 12 conseguendo nr. 12 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

referiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: ~~PROCESSO~~ PROCESSO IMPIANTO CONTINUATO DEI CUREMIOTERAPICI
E DEI FARMACI A TEMPERATURA CONTROLLATA
ENTE ORGANIZZATORE: AZIENDA OIEFARMACIA CAMO POMA
LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESENZIATO COME: ☒ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA
DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 3/4/12 AL 11/4/12 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 6 conseguendo nr. 6 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: PRONNAPAD - PRONNAPAD FORMAZIONE INTERDISCIPLINARE PER
IL FARMACISTA
ENTE ORGANIZZATORE: GALLERIA SPA
LUOGO DI SVOLGIMENTO: CORSO FAD

PRESENZIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA
DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 1/10/11 AL 30/04/12 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 20 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: IL SISTEMA BIOCINETICO BIOMEDICO LOMBARDO: INGRESSO PER
MEDICI E PERSONALE SANITARIO
ENTE ORGANIZZATORE: EUROUS LOMBARDIA
LUOGO DI SVOLGIMENTO: SALA MONTECARLO BESTWESTERN HOTEL MONTECARLO - VIGEVANO (MN)

PRESENZIATO COME: ☒ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA
DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 11/10/11 AL 11/10/11 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 3 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

riferiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: ~~STANDARD E METODI PER LO SVILUPPO DELLA~~
CLINICAL GOVERNANCE

ENTE ORGANIZZATORE: AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA MN

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 01/10/11 AL 01/10/11 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 8 conseguendo nr. 8 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: MEDICINA DI GENITA' LE CARDIOVASCOLARIPATIE NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE

ENTE ORGANIZZATORE: POLICLINICO DI MONZA CASA DI CURA PRIVATA SPA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: AUDITORIUM MPS VIA COZZO 5 - MONZA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 23/10/11 AL 23/10/11 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 7 conseguendo nr. 5,25 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: MEDICINA DI GENITA' LE CARDIOVASCOLARIPATIE NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE

ENTE ORGANIZZATORE: POLICLINICO DI MONZA CASA DI CURA PRIVATA SPA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: FSC L'EMPAN DI MIGLIORAMENTO

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 23/05/11 AL 30/05/11 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 8 pari a ore totali 40 conseguendo nr. 40 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

riferiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO:

~~CLINICA~~ LE MEDICINE ORIENTALI A INTEGRAZIONE DELLA PRATICA
CLINICA CONVENIENTE PER IL TRATTAMENTO DI ALCUNE PATOLOGIE COMUNI

ENTE ORGANIZZATORE:

ISTITUTO GEMINCO CAMO LUISA GRASSI OVULS

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

MANTOVA

PRESEZIATO COME:

☒ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO:

NEI GIORNI DAL 22/10/11 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 5 conseguendo nr. 5 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

STANDARD E METODI PER UNA QUALIFICAZIONE EFFICACE DEI MODI DI ATTIVITA'
ATTIVANDO L'UTILIZZO DEI PROGRAMMI INFORMATICI R.D. EXCEL E POWER POINT

ENTE ORGANIZZATORE:

AZIENDA OSPEDALIERA CAMO POMO MN

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

AZIENDA OSPEDALIERA CAMO POMO MN

PRESEZIATO COME:

☒ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO:

NEI GIORNI DAL 25/01/10 AL 13/04/10 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 30 conseguendo nr. 30 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

CONSUMO DI PSICO FARMACI, TAVOLE E SPUN DI VITO

ENTE ORGANIZZATORE:

ISTITUTO GEMINCO CAMO LUISA GRASSI OVULS

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

MANTOVA

PRESEZIATO COME:

☒ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO:

NEI GIORNI DAL 20/12/10 AL 21/11/10 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 48 conseguendo nr. 36 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

PRESENZE A CORSI:

riferiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ APPROPRIATEZZA D'USO DEL MANUSCRIPT A RAGGI

ENTE ORGANIZZATORE: IRF

LUOGO DI SVOLGIMENTO: SEDE IRF MILANO

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 18/3/10 AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 7 conseguendo nr. 7 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

SOGGIORNI DI STUDIO:

referiti ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quante necessarie)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: "ALLENAMENTO CASULE - PRELONSO COM. PORTO"

ENTE OSPITANTE: TH. KOHL

ENTE ORGANIZZATORE: FARMALABOR

LUOGO DI SVOLGIMENTO: SEDE TH. KOHL A BADIA CALAVENA (VR)

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL 30/6/2018 AL 1/7/2018

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): 17 ORE

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:

ENTE OSPITANTE:

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL AL

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA):

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:

ENTE OSPITANTE:

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL AL

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA):

ATTIVITA' DIDATTICA:

referita ai 10 anni precedenti la pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quante necessarie)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

ALTRI STATI, QUALITA' PERSONALI O FATTI CHE IL CANDIDATO RITENGA UTILI AI FINI DELLA SELEZIONE

(si ricorda di specificare tutti gli elementi indispensabili alla valutazione) :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Il presente curriculum professionale consta di n. _____ pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

il dichiarante
Dr. Taurozzi Marcello

(a)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

1. Tirocinio pratico presso la Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona dal 4/3/96 al 4/7/96 (4 mesi)
2. Frequenza volontaria presso la Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona dal 5/7/96 al 31/12/96 (5 mesi)
3. Tirocinio pratico presso la Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona dal 1/1/97 al 19/10/97 (10 mesi)
4. Farmacista Collaboratore presso le Farmacie Comunali di Verona mediante concorso per incarico dal 20/10/97 al 19/10/98 (12 mesi)
5. Farmacista Collaboratore presso la farmacia privata aperta al pubblico "Farmacia Dr. Brendolan" dal 16/11/98 al 15/8/99 (9 mesi)
6. Dirigente Farmacista 1° livello presso l'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" – Presidio Ospedaliero "Montecchi" di Suzzara dal 02/11/1999 al 31/05/2000
7. Dirigente Farmacista 1° livello presso l'ASL di Mantova dal 01/06/2000 al 31/03/2002
8. Dirigente Farmacista 1° livello presso l'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" – Presidio di Mantova dal 01/04/2002 al 30/06/2005
9. Incarico dirigenziale di responsabilità di struttura semplice presso la Farmacia Interna del Presidio di Asola dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" dal 01/07/2005 al 30/04/2015
10. Professore a contratto di Farmacologia presso il Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Brescia – sez. di Mantova Anno Accademico 2005/2006 – 2006/2007
11. Incarico di alta specializzazione in GALENICA CLINICA dal 01/05/2015 a tutt'ora

Data : 31/03/2020

il dichiarante
Dr. Taurozzi Marcello