

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 _____ MARIANNA RASORI _____

- 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 RESPONSABILITA':

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a _____

il 14/01/1977 _____

di risiedere in _____

indirizzo: _____

di essere domiciliat_____

indirizzo: _____

Stato Civile: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

o di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN FARMACIA O IN CHIMICA E TECNOLOGIE FARMACEUTICHE (specificare) FARMACIA conseguita in data 25/10/2002 con voto pari a 101/110 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA con sede in VIA ZAMBONI 33 BOLOGNA 40126

e

di essere in possesso del DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in FARMACOLOGIA conseguito in data 17/07/2008 voto: 48/50 della durata legale di anni 4 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA con sede in CORSO STRADA NUOVA 65 PAVIA 27100

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

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 01/10/2010 al 30/09/2014 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDALIERA "CARLO POMA" (esatta denominazione dell'ente)

con sede in STRADA LAGO PAIOLO 10, MANTOVA 46100

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

- ☒ X 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: ☒ X dipendente;

☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi): _____

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di DIRIGENTE _____ DISCIPLINA DI _____ FARMACIA _____

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

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

con incarico dirigenziale _____

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

dal _____ al _____

Motivo dell'eventuale cessazione: CAMBIO CONTRATTO

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 _____

Dal 01/10/2014 al 31/12/2015 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDALIERA "CARLO POMA " (esatta denominazione dell'ente)

con sede in STRADA LAGO PAIOLO 10, MANTOVA 46100

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

- ☒ **X** 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: ☒ **X** dipendente;

☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi): _____

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di DIRIGENTE DISCIPLINA DI FARMACIA

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

con incarico dirigenziale _____

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

dal _____ al _____

Motivo dell'eventuale cessazione: MODIFICA DENOMINAZIONE AZIENDA

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO ☒ **X** 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 _____

Dal 01/01/2016 al OGGI (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI MANTOVA "CARLO POMA " (esatta denominazione dell'ente)

con sede in STRADA LAGO PAIOLO 10, MANTOVA 46100

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

☒ **X** 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: ☒ **X** dipendente;

☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi): _____

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di DIRIGENTE _____ DISCIPLINA DI _____ FARMACIA _____

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

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

con incarico dirigenziale _____

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

dal _____ al _____

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO ☒ **X** 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.

☐ 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:

referite 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)

1) **TITOLO:** IL NUCLEO INFORMAZIONE INDIPENDENTE CONDIVISA OSPEDALE TERRITORIO: DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI TRATTE DA FONTI SCIENTIFICHE INDIPENDENTI NELL'AO CARLO POMA DI MANTOVA

AUTORI: _____ RASORI, SACCARDI _____

DATA DI PUBBLICAZIONE 10/2011

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

_____ POSTER _____

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

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____ Giornale Italiano di Farmacia Clinica n. 3/2011, PAG 240

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____ XXXII CONGRESSO NAZIONALE SIFO FIRENZE 2011 _____

2) **TITOLO:** PROGETTO DI COLLABORAZIONE FARMACIA/ UO MALATTIE INFETTIVE PER LA CORRETTA GESTIONE DELLA TERAPIA HIV/HBV NELL'AO CARLO POMA DI MANTOVA

AUTORI: _____ RASORI SACCARDI COSTA _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ 10/2012 _____ (gg/mm/aa)

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

_____ POSTER _____

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

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____ Giornale Italiano di Farmacia Clinica N. 2-3/2012, PAG 273

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____ XXXIII CONGRESSO NAZIONALE SIFO BARI 2012 _____

3) **TITOLO:** TAGLIO A SPESE E SPRECHI: IL FARMACISTA ENTRA IN REPARTO.

AUTORI: _____ RASORI, SACCARDI _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ 06/2012 _____ (gg/mm/aa)

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

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

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____ Mantova Salute n. 14 – Giugno 2012 PAG 15

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

4) TITOLO: SPERIMENTAZIONE INNOVATIVA CONTRO IL TUMORE ALLA PROSTATA.

AUTORI: RASORI, SAVELLI, FALCONE, PECINI

DATA DI PUBBLICAZIONE 04/2013 (gg/mm/aa)

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

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

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: Mantova Salute n.17 – Aprile 2013 PAG 7

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI:

5) TITOLO: PET68GA-DOTANOC: SINTESI DEL RADIONUCLIDE E STUDIO DELLA DIFFERENZIAZIONE NEUROENDOCRINA DEL CANCRO ALLA PROSTATA METASTATICO.

AUTORI: RASORI SACCARDI ROSSINI

DATA DI PUBBLICAZIONE 10/2015

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

POSTER

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

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2015, 29 Suppl 1 al n 3, PAG e225

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI: XXXVI CONGRESSO SIFO CATANIA

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: LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA FARMACUTICA: SICUREZZA DEI PAZIENTI E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - MANUALE PER LA FORMAZIONE DEI FARMACISTI SSN
ENTE ORGANIZZATORE: PROVIDER IMMAGINE SRL
LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 27/10/2010 AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 5 conseguendo nr. 20 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: FARMACI E DOPING: NORMATIVA ED EFFETTI COLLATERALI LEGATI ALL'ABUSO
ENTE ORGANIZZATORE: PROVIDER IMMAGINE SRL
LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 22/07/2010 AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 2 conseguendo nr. 8 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: CONSULENZA PSICOFARMACI, SALUTE E STILI DI VITA
ENTE ORGANIZZATORE: RSI - GERIATRICO CARLO LOUISA GRASSI OLYS
LUOGO DI SVOLGIMENTO: PIANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 20/3/2010 AL 21/01/2010 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 2 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: DIABETES CARE

ENTE ORGANIZZATORE: PROVIDER INFO RETICA SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 04/11/2011 AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 3 conseguendo nr. 12 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: ACCQUENZA E FORMAZIONE DEL PERSONALE NEONATOLOGICO

ENTE ORGANIZZATORE: AO GRUGO POMA HN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PIASTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 23/5/2011 AL 25/5/2011 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 3 pari a ore totali 12 conseguendo nr. 3 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: STRUMENTI E METODI PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE DEI DATI DI ATTIVITA' ATTRAVERSO UTILIZZO DI AGGREGATORI INFORMATIVI 3D - EXCEL - POWERPOINT

ENTE ORGANIZZATORE: AO POMA HN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PIASTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 4/10/2011 AL 10/11/2011 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 6 pari a ore totali 30 conseguendo nr. 30 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: REFERENTI GESTIONE QUALITÀ ESICULEM DEL PAZIENTE - STRUMENTI e METODI PER LO SVILUPPO DELLA CLINICAL GOVERNANCE

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 6/10/2011 AL _____ (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: RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI 1-7-12 ALLA CURA DEL PAZIENTE

ENTE ORGANIZZATORE: AO POMA RN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PIACENZA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 2/5/2011 AL 20/12/2011 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 15 pari a ore totali 8 conseguendo nr. 26 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: OTTIMIZZAZIONE PROCEDURE DI RICHIESTA VALUTAZIONE, ENTRATA E CONTROLLO DEI FARMACI CONSEGNA TI REPARTI UTILIZZANDO NUOVI PROCESSI DI ANALISI

ENTE ORGANIZZATORE: AO POMA RN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PIACENZA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 20/3/2011 AL 13/12/2011 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 15 pari a ore totali 6 conseguendo nr. 18 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: FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO SUL CAMPO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA CONDIZIONE E GESTIONE DI PROGRAMMI DI AUDITING INTERNO

ENTE ORGANIZZATORE: DAPORE MN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 01/01/2011 AL 20/12/2011 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 15 pari a ore totali 8 conseguendo nr. 8 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: MECCANICA DI GENERE: LE CARDIOVASCOLARIE NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE

ENTE ORGANIZZATORE: RICLINICO DI PONA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 13/11/2011 AL (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 7 conseguendo nr. 6 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale. ATTAD 40 ECM
DAC 23/5/2011 AL 30/9/2011

TITOLO DEL CORSO: INIZIO INFORMAZIONE INDIPENDENTE CONDIVISA

ENTE ORGANIZZATORE: ASL PANTOVA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 20/1/2011 AL 27/11/2011 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 4 pari a ore totali 8 conseguendo nr. 8 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: STRATEGIE - SINGLE TABLET REGIMEN - SITUATION E-LEARNING EXPERIENCE

ENTE ORGANIZZATORE: PROVIDER CATEDRA SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANOVA

PRESEZIATO COME: ☒ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 24/5/2012 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 10 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: DIABETES CARE ONLINE

ENTE ORGANIZZATORE: PROVIDER INFO MEDICA SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: ☐ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 17/10/2012 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 3 conseguendo nr. 12 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: EPATITEC: DIMENSIONE DEL PROBLEMA, TRATTAMENTO E NUOVE PROSPETTIVE
TERAPEUTICHE

ENTE ORGANIZZATORE: REDITOR ITALIA SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: ☐ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 15/07/2012 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 3 conseguendo nr. 5 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 FARMACOVIGILANZA E LA SICUREZZA NELL'USO DEI FARMACI

ENTE ORGANIZZATORE: POLICLINICO DI MANTOVA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 18/11/2012 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 7 conseguendo nr. 6 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale + FAD dal 21/7/2012 al 24/9/12
48 ORE 48 ECM

TITOLO DEL CORSO: LA PROCEDURA AZIENDALE PER LA GESTIONE IN SICUREZZA DEL FARMACO

ENTE ORGANIZZATORE: AO POMA MN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: AO POMA MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 15/11/2012 E 29/11/2012 (indicando gg/mm/aa) E 6/12/2012

Per giorni totali di presenza 3 pari a ore totali 12 conseguendo nr. 6 ecm

☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: AGGIORNAMENTO NORME ISO 9001: 2008 E 9001: 2012

ENTE ORGANIZZATORE: AO POMA MN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 11/5/2012 AL _____ (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

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: GESTIONE FIDUCIARIA URGENTE IN AMBITO OSPEDALIERO

ENTE ORGANIZZATORE: AO POMA MN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 22/4/2012 AL 27/4/2012 (Indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 3 pari a ore totali 12 conseguendo nr. 12 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: PROCESSO TRASPORTO CONTROLLATO DEI HELICOPTERAPI E TATTICO A TEMPER. CONTROLLATA.

ENTE ORGANIZZATORE: AO POMA MN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 20/3/2012 AL 28/03/2012 (Indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 3 pari a ore totali 6 conseguendo nr. 6 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON AGENTE PRURITIGENO E ATTIVITA' PSICOMOTRICE

ENTE ORGANIZZATORE: PROV. DI MN STANDARD

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 13/9/2013 AL _____ (Indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 3 conseguendo nr. 5 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: ATTIVITA' DI FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO PER LA QUALITA' E AUMENTO
SGQ INTERNAL AUDITOR
ENTE ORGANIZZATORE: AO PORCA MN
LUOGO DI SVOLGIMENTO: MN

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 12/6/2013 AL 10/12/2013 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 4 pari a ore totali 8 conseguendo nr. 1 ecm
☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: ADDESTRAMENTO AL SOFTWARE TACETE
ENTE ORGANIZZATORE: AO PORCA MN
LUOGO DI SVOLGIMENTO: TACETE

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 11/6/2013 AL 16/12/2013 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 12 pari a ore totali 10 conseguendo nr. 8 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: CORSO RESIDENZIALE PER RQA 2011, RPE RQA 2011 SGQ AZIENDARE
RISK MANAGEMENT E AGGIORNAMENTO PORCA DI SGQ 2007 e SGQ 2012
ENTE ORGANIZZATORE: AO PORCA MN
LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 2/9/2013 AL (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 7 conseguendo nr. 8 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: LA MOGORA 13 ENDAE PER LA GESTIONE IN SICUREZZA DEL PATRIMONIO

ENTE ORGANIZZATORE: AO BOVA RN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: TUNTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 24/1/2013 AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 2 ecm
☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: FA2TAC: AUTOTERAPIA E AUTOCURA TRA MEDICINA CONVENZIONALE e NON CONVENZIONALE

ENTE ORGANIZZATORE: IDEAS GROUP SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: TUNTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 9/3/2013 AL 24/4/2013 (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: NUOVO INFORMAZIONE INDIPENDENTE COND'UNA

ENTE ORGANIZZATORE: ASL TUNTOVA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: TUNTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 21/2/2013 AL 21/4/2013 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 8 pari a ore totali 16 conseguendo nr. 16 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: DIAGNOSI E TERAPIA DELLE INFEZIONI FUNGICHE INVASIVE

ENTE ORGANIZZATORE: REDTOR ITALIA srl

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 10/4/2014 AL 31/10/2014 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 5 conseguendo nr. 5 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: FORMAZIONE PER PERSONE PARADISPORTO

ENTE ORGANIZZATORE: AO ROMA RN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: ROMA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 04/11/2014 AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 4 ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO

ENTE ORGANIZZATORE: AO ROMA RN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: ROMA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 21/10/2014 AL _____ (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. _____ 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: LUDOPATIE E NUOVE DIPENDENZE

ENTE ORGANIZZATORE: I.D.E.A.

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PADOVA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 14/9/2014 AL 23/11/2014 (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 TARIFFI BIOTECNOLOGICI NELLA VALUTAZIONE DEL BIOSIMILARE

ENTE ORGANIZZATORE: VEDTOR ITALIA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 02/02/2015 AL 02/10/2015 (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: VALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE E DEI DM, HTA - I REZZI DI CONTRASTO

ENTE ORGANIZZATORE: KONICAB

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MILANO

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 11/9/2015 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 4 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: FARMACOVIGILANZA IN ARBITO PEDIATRICO

ENTE ORGANIZZATORE: ASL MANTOVA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESEZIATO COME: ☒ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 09/05/2015 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 28 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: NUOVO INTERAZIONE INDIPENDENTE CONDIZIA

ENTE ORGANIZZATORE: ASL TN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESEZIATO COME: ☒ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 07/05/2015 AL 24/11/2015 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 4 pari a ore totali 12 conseguendo nr. 12 ecm

☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: ANALISI CLINICA DEL DIABETE E DELLE COMORBIDITÀ, TERAPIA FARMACOLOGICA E VALUTAZIONI ECONOMICHE

ENTE ORGANIZZATORE: SICS EDITORE

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: ☐ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 28/8/2016 AL _____ (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

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: SALUTE E SOCIETÀ: L'IMPATTO DELLA SALUTE DELL'ATTUALE CRISI ECONOMICA
IN PROVINCIA DI MANTOVA

ENTE ORGANIZZATORE: I.D.E.A. SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 25/9/2015 AL 13/10/2015 (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: GOVERNANCE VACCINI

ENTE ORGANIZZATORE: MAIA DEG

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 15/6/2016 AL 30/6/2016 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 15 ecm

☒ con superamento esame finale;

☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: IMPATTO CLINICO ED ECONOMICO DELL'INNOVAZIONE IN ANESTESIA

ENTE ORGANIZZATORE: MEDITOR ITALIA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 1/3/2016 AL 31/10/2016 (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: L'ATTUALITÀ DEI SERVIZI: UN RUOLO NELLA RETE DEI SERVIZI DI COMUNITÀ

ENTE ORGANIZZATORE: I.D.E.A. SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 05/09/2016 AL 31/10/2016 (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: I NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI NELLA GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE NON VALVULARE

ENTE ORGANIZZATORE: PROSECT e COMMUNICATION

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 03/11/2017 AL 21/12/2017 (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: GESTIONE DI INFEZIONI INTRACOMUNITARIE E OLIVARI IN OTTICA DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: ASPETTI CLINICI ED ECONOMICI

ENTE ORGANIZZATORE: EDITOR ITALIA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 01/12/2017 AL 31/12/2017 (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

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: FARMACI BIODISPONIBILI: UN'AUEANZA TRA FARMACISTI E PEDIATROLOGI PER LA SOSTENIBILITA' DEL SSR

ENTE ORGANIZZATORE: STRATEGIE COMUNICAZIONE E MARKETING

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MILANO

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 13/1/2017 AL _____ (Indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 4 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: IL TRATTAMENTO DEL NSCLC NELL'ERA DELL'IMMUNOLOGICA

ENTE ORGANIZZATORE: MEDITOR ITALIA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 30/10/2017 AL 29/5/2018 (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

TITOLO DEL CORSO: FORMAZIONE E USO DI DYNAMED PWS E ISABEL HEALTHCARE

ENTE ORGANIZZATORE: ASSIST HN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE
☐ RELATORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 17/10/2018 AL _____ (Indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 4 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: FARMACI TECNOLOGICI: ASPETTATIVE TERAPEUTICHE E REGOLAMENTAZIONE

ENTE ORGANIZZATORE: IMAGINE SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 12/4/2018 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 15 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: CORSO RESIDENZIALE EBLIGATORIO PER PROFESSIONISTI SANITARI DELLA S.C. MALATTIE INFETTIVE

ENTE ORGANIZZATORE: ASST HN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☒ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 29/10/2018 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 4 ecm

☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: IL CORPETO UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI: PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

ENTE ORGANIZZATORE: ASST HN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☒ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 13/12/2018 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 4 conseguendo nr. 2 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: GDM REVISIONE PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL
SITO CHIRURGICO PR0029

ENTE ORGANIZZATORE: ASST HN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 06/5/2018 AL 27/5/2018 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 4 pari a ore totali 8 conseguendo nr. 10 ecm
☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: GDM REVISIONE DEL TUNUALE PER IL CORRETO UTILIZZO DI ANTISEPTICI
E DISINFETTANTI

ENTE ORGANIZZATORE: ASST HN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 04/9/2018 AL 25/09/2018 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 4 pari a ore totali 8 conseguendo nr. 8 ecm
☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: COMITATO CIO 2018

ENTE ORGANIZZATORE: ASST HN

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MANTOVA

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 19/12/2018 AL 17/12/2018 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 4 pari a ore totali 8 conseguendo nr. 8 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: SISTEMA IMMUNITARIO e NUTRIZIONEENTE ORGANIZZATORE: IMAGINE SRL

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME:

☐ UDITORE☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA☐ RELATORE☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZADURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 15/11/2019 AL _____ (indicando gg/mm/aa)Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. 15 ecm☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finaleTITOLO DEL CORSO: IL SISTEMA INFORMATIVO ANAGRAFICO VACCINALE REGIONALEENTE ORGANIZZATORE: LOMBARDIA INFORMATICA SPA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME:

☐ UDITORE☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA☐ RELATORE☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZADURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 04/04/2019 AL 15/06/2019 (indicando gg/mm/aa)Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 4 conseguendo nr. 4 ecm☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finaleTITOLO DEL CORSO: LA PREVENZIONE DELLE ICA e L'APPLICAZIONE DEI DOCUMENTIENTE ORGANIZZATORE: AZIENDACE
ASST HNLUOGO DI SVOLGIMENTO: PIANTOVA

PRESENIATO COME:

☐ UDITORE☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA☒ RELATORE☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZADURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 25/3/2019 AL 28/04/2019 (indicando gg/mm/aa).Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 12 conseguendo nr. 2 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: _____

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): _____

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 01/10/2011 al 30/09/2013 (indicare gg/mm/aa)

presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA SEDE DI MANTOVA con sede in PIAZZA DEL MARCATO 15 BRESCIA 25121

natura giuridica dell'Istituto: PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

corso di studio: Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per immagini e Radioterapia

materia di insegnamento: FARMACOLOGIA

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): 12 ORE

tipologia contrattuale: AFFIDAMENTO CORSI UFFICIALI A DIPENDENTI ENTI CONVENZIONATI

Dal 01/10/2011 al 30/09/2015 (indicare gg/mm/aa)

presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA SEDE DI MANTOVA con sede in PIAZZA DEL MARCATO 15 BRESCIA 25121

natura giuridica dell'Istituto: PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

corso di studio: Corso di Laurea in Fisioterapia Patologia Generale, Farmacologia e Principi di Primo Soccorso

materia di insegnamento: FARMACOLOGIA

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): 12 ORE

tipologia contrattuale: AFFIDAMENTO CORSI UFFICIALI A DIPENDENTI ENTI CONVENZIONATI

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: _____

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

[illegible]

PAG 28 di 29

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
ALTERNATIVA ALL'AUTENTICAZIONE DI COPIE**

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi
(ai sensi artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183)

Io sottoscritto/a PASORI MARIANNA
(cognome) (nome)

nato/a a _____ il 14/01/1977
(comune di nascita, se nato all'estero, specificare lo stato)

residente a _____
(comune di residenza) (prov.)

in _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R.

DICHIARO

che le copie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di DIRIGENTE FARMACISTA DISCIPLINA FARMACIA OSPEDALIERA - DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE sono conformi all'originale.

Di seguito si elencano le copie dei documenti che vengono prodotte:

- PUBBLICAZIONE NO 1 GIORNALE ITALIANO DI FARMACIA CLINICA 3/2011
- PUBBLICAZIONE NO 2 GIORNALE ITALIANO DI FARMACOLOGIA CLINICA 3/2012
- PUBBLICAZIONE NO 3 MANTOVA SALUTE 10/2012
- PUBBLICAZIONE NO 4 MANTOVA SALUTE 4/2013
- PUBBLICAZIONE NO 5 GIORNALE ITALIANO DI FARMACIA CLINICA SUPPL. 23 2015
- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'
- DICHIARO altresì di essere informato che ai sensi del Reg. UE 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito della procedura selettiva cui la dichiarazione di cui sopra si riferisce.
- RICEVUTA VERSAMENTO TASSA CONCORSO

Il 07/04/2020
(luogo e data)

la dichiarante
Dr.ssa Rasori Marianna

* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000 la firma non necessita di autenticazione:

- firmando alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione
- firmando e allegando al modulo una fotocopia semplice di un documento di identità in corso di validità, in questo caso il documento può essere consegnato all'ufficio competente a ricevere la documentazione anche da un terzo o inviato via posta.