

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 MEDICO DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA TERAPIA INTENSIVA ANESTESIA E RIANIMAZIONE BORGIO MANTOVANO approvato con decreto n. 533 del 23/05/2023.

IO SOTTOSCRITTO/A VITO COJELLI

- 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 a _____ (____), il 18/10/1972

di risiedere in _____ (____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

di essere domiciliato in _____ (____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

Stato Civile: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

Pag. 1 di 10

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA conseguita in data 22/10/1998
con voto pari a 100/110 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA ALMA MATER
con sede in BOLOGNA STUDIO RUM e
di essere in possesso del DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in ANESTESIA E RIANIMAZIONE
conseguito in data 5/11/2003 voto: 70/70 ai sensi del D.Lgs. n. 257 della durata legale
di anni 4 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA ALMA MATER STUDIO RUM
con sede in BOLOGNA

- 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 DICEMBRE 2003 al GIUGNO 2006 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITARIA - POLICLINICO SOROLA MALPICINI (esatta denominazione dell'ente)

con sede in BOLOGNA

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: LIBERO PROFESSIONALE

in qualità di DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

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 MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

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

dal DICEMBRE 2003 al GIUGNO 2006

Motivo dell'eventuale cessazione: PASSAGGIO A CONTRATTO DI ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO

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

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____

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 1/7/2006 al 1/11/2007 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA - POLICLINICO S. ORSOLA MALPIGHI (esatta denominazione dell'ente)

con sede in BOLOGNA

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 MEDICO DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

- 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 DIRIGENTE MEDICO DI PRIMO LIVELLO

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

dal 1/7/2006 al 1/11/2007

Motivo dell'eventuale cessazione: MOBILITA' VERSO A.O. CARLO POMA (OHL. ASST MANTOVA)

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

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____



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 2/11/2003 al 04/11 (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 MEDICO DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

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 DIRIGENTE MEDICO

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

dal 2/11/2003 al 04/11

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

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 _____

Pag. 5 di 10

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: CONVALESCENT PLASMA FOR HOSPITALIZED COVID-19 PATIENTS: A SINGLE CENTER EXPERIENCE

AUTORI: FRANCHINI, GUINAMI, DE DONNO

DATA DI PUBBLICAZIONE 14/03/2022 (gg/mm/aa)

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

ARTICOLO DI RETROSPECTIVE COHORT STUDY

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

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: LIFE

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: _____

Pag. 6 di 10

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: CORSO PER DIRETTORI IN STRUTTURA COMPLESSA AREA OSPEDALIERA

ENTE ORGANIZZATORE: EUPOLIS LOMBARDA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: OSPEDALE GIOVANNI XXIII - BERGAMO

PRESEZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica
 Relatore CORSO FORMAZIONE A-DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL MARZO 2014 AL DICEMBRE 2014 (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: CORSO DAJE, NON SOLO PARTO INDOLORE MA PARTO SICURO

ENTE ORGANIZZATORE: FONDAZIONE PATERENE FRATELLI

LUOGO DI SVOLGIMENTO: ROMA

PRESEZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica
 Relatore CORSO FORMAZIONE A-DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 3/10/2019 AL 5/10/2019 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 3 pari a ore totali _____ conseguendo nr. 33,2 ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: CORSO AVANZATO DI ECOGRAFIA IN TERAPIA INTENSIVA CON SISTEMI DI SIMULAZIONE

ENTE ORGANIZZATORE: AGENAS

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PIOLUNA

PRESEZIATO COME:

UDITORE

SEGRETERIA SCIENTIFICA

RELATORE

CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO:

NEI GIORNI DAL 5/4/2023 AL 6/6/2023 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 2 pari a ore totali _____ conseguendo nr. 15,8 ecm

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

Pag. 7 di 10



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:

riferita 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):

HO FATTO LA TESI DI SPECIALITA' IN ANESTESIA IN CHIRURGIA PEDIATRICA
ED HO LAVORATO NEL DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE DEL POLICLINICO
S. ORSOLO-MALPIGHI DI BOLOGNA DAL 2003 AL 2007 OCCUPANDOMI
DI ANESTESIA IN OSTETRICIA, PARTO ANALGESIA E RIANIMAZIONE
PEDIATRICA. DAL NOVEMBRE 2007 MI SONO TRASFERITO PRESSO
L'OSPEDALE DI BORGO MANTOVANO PERCHÈ MOLTO VICINO A CASA MIA.
DA GENNAIO 2016 A MARZO 2018 HO AVUTO INCARICO DI DIRETTORE
FF DELLA S.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE DI
BORGO MANTOVANO. DAL NOVEMBRE 2021 HO RICEVUTO ANCORA
L'INCARICO DI DIRETTORE FF DELLA STESSA STRUTTURA CHE
RICOPRO TUTTORA

Il presente curriculum professionale consta di n. 10 pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

BORGO MANTOVANO, il 15/04/23

il dichiarante
F.to dott. Vito Codeluppi

Pag. 10 di 10

