

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 BORGO MANTOVANO approvato con decreto n. 533 del 23/05/2023.

IO SOTTOSCRITTO/A

MONTALTO CARLO

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendosi 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 ITALIA (), il 24/09/1980

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

indirizzo: _____ n. _____

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

indirizzo: _____ n. _____

Stato Civile: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

Pag. 1 di _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

o di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA conseguita in data 26/04/2007
con voto pari a 110/110 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO
con sede in PALERMO

di essere in possesso del DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in ANESTESIA E RIANIMAZIONE
conseguito in data 23/04/2012 voto: 48/50 ai sensi del D.Lgs. n. _____ della durata legale
di anni 4 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO
con sede in PALERMO

- 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 01/12/2013 al Oggi (indicare gg/mm/aa)presso ASST MANTOVA - OSPEDALE CARLO POMA (esatta denominazione dell'ente)con sede in MANTOVA - STRADA LAGO PAIOLO 10

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 DISCIPLINA ANESTESIA E RIANIMAZIONEdal 01/12/2013 al DATA OBETERNA (indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

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.



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 15/11/2021 al Oggi (indicare gg/mm/aa)presso ASST MANTOVA - P.O. ASOLA (esatta denominazione dell'ente)con sede in ASOLA - PIAZZA OTTANTESIMO FANTERIA, 1

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 Privatacon 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 DIRETTORE F.F. S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. ASOLA

(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 ☒ 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 _____

Pag. 2 di 10

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)

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

AUTORI: AA.VV.

DATA DI PUBBLICAZIONE 14/03/2022 (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: LIFE

PUBBLICAZIONE ON LINE: HTTPS://DOI.ORG/10.3390/LIFE12030420

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. 3 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: LA CRICOTEROTOMIA NELL'EMERGENZA OSPEDALIERA

ENTE ORGANIZZATORE: AZIENDA OSPEDALIERA C. POMA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: OSPEDALE DI MANTOVA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 08/05/2014 AL 08/05/2014 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 01 pari a ore totali 4 conseguendo nr. _____ ecm

☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE ICA NELLE TERAPIE INTENSIVE

ENTE ORGANIZZATORE: AZIENDA OSPEDALIERA C. POMA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: OSPEDALE DI MANTOVA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 21/10/2015 AL 28/10/2015 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 02 pari a ore totali 09 conseguendo nr. _____ ecm

☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

L'ARAS DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA

ENTE ORGANIZZATORE: SIMULARN AAROI

LUOGO DI SVOLGIMENTO: BOLOGNA

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 20/06/2018 AL 21/06/2018 (indicando gg/mm/aa)



Per giorni totali di presenza 02 pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm

☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

Pag. 4 di 10



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

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

Pag. 5 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: MASTERCLASS INFEZIONI E SEPSI

ENTE ORGANIZZATORE: SIAARTI

LUOGO DI SVOLGIMENTO: MILANO

PRESENIATO COME: ☒ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 12/12/19 AL 13/12/2019 (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: BLOOD PURIFICATION IN TERAPIA INTENSIVA

ENTE ORGANIZZATORE: SIAARTI

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 22/12/20 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

TITOLO DEL CORSO: SINDROME DA ALESSI RESPIRATORIO

ENTE ORGANIZZATORE: SIAARTI

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE

☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA

☐ RELATORE

☒ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 29/12/20 AL _____ (indicando gg/mm/aa)



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

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

Pag. 6 di 10



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

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

Pag. 7 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: LA CORRETTA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZ. SANITARIA:

ENTE ORGANIZZATORE: ASST MANTOVA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME:

☐ Uditore

☐ Segreteria Scientifica

☐ Relatore

☒ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 09/2021 AL _____ (indicando gg/mm/aa)

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

☐ con superamento esame finale;

☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

TRAUMA: UPDATE AND ORGANIZATION DAMAGE CONTROL JALL'EXTEN
ALL'INTRAOSPEDALIERO FORMAZ. E TEAM WORK - 16² h/7.

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Bologna

PRESENIATO COME:

☒ Uditore

☐ Segreteria Scientifica

☐ Relatore

☐ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 01/04/22 AL 02/04/22 (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)

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): _____

Pag. 8 di 10



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paoletti 10 - 46100 Mantova - www.asst-mantova.it

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 04/10/2020 al DATA DETERMINATA (indicare gg/mm/aa)

presso UNE BS con sede in MANTOVA

natura giuridica dell'Istituto: ISTITUTO PUBBLICO

corso di studio: SCIENZE INFERMIERISTICHE

materia di insegnamento: ANESTESIOLOGIA E TERAPIA ANALGICA

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): 15 ORE/ANNO

tipologia contrattuale: TEMPO DETERMINATO

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: _____

Pag. 9 di 10



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):

- Dal 01/01/2021 incarico dirigenziale di Alta Specializzazione in "Applicazione modelli di Utilizzatori nel paziente critico".
- Partecipazione 3^a edizione PDTA "Gestione della sepsi, identificazione e trattamento nella prima ora" (revisionato 2021).
- Aprile 2023: responsabile scientifico e docente del corso "GESTIONE DEL PAZIENTE NEUROCHIRURGICO IN TERAPIA INTENSIVA" IN CORSO DI SVOLGIMENTO PRESSO RIANIMAZIONE DI MANTOVA, DELLA DURATA DI 16 ORE.

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

Mantova, li 26/04/2023

(allegri

il dichiarante
F.to dott. Carlo Montalto

Pag. 10 di 10