

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 DI FARMACIA OSPEDALIERA - DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE approvato con decreto n. 336 del 11/04/2022.

IO SOTTOSCRITTO ENRICO PASUT

- 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

, il 07.04.1979

33100

Pag. 1 di 16



Carlo Poma



Regione
Lombardia

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 201111 - Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

o di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN **CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE** conseguita in data **22.07.2004** con voto pari a **110/110 CUM LAUDE** presso **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE** con sede in **TRIESTE** e

di essere in possesso del DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in **FARMACIA OSPEDALIERA**

conseguito in data **10.07.2009** voto: **MASSIMO DEI VOTI** ai sensi del D.Lgs. n. _____ della durata legale di anni **3** presso **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

con sede in **PADOVA**

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: MASTER MANAGER DI DIPARTIMENTI FARMACEUTICI

conseguito il **15.06.2020** presso **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAMERINO**

con sede in **CAMERINO**

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 01.09.2010 al 15.10.2014 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA" (esatta denominazione dell'ente)

con sede in UDINE

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 OSPEDALIERA

☒ 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 **NESSUN INCARICO**

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

dal _____ al _____

Motivo dell'eventuale cessazione: **LICENZIAMENTO VOLONTARIO PER ATTIVITA' LAVORATIVA PRESSO ALTRA AZIENDA.**

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 _____

Dal 16.10.2014 al 28.02.2015 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" (esatta denominazione dell'ente)

con sede in TRIESTE

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 OSPEDALIERA

- ☐ 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 NESSUN INCARICO

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

dal _____ al _____

Motivo dell'eventuale cessazione: LICENZIAMENTO VOLONTARIO PER ATTIVITA' LAVORATIVA PRESSO ALTRA AZIENDA.

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 _____

Dal 01.03.2015 al 30.04.2016 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA" (esatta denominazione dell'ente)

con sede in UDINE

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 OSPEDALIERA

☐ 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 **NESSUN INCARICO**

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

dal _____ al _____

Motivo dell'eventuale cessazione: **CREAZIONE NUOVA AZIENDA.**

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 _____

Dal 01.05.2016 al 31.12.2019 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE (esatta denominazione dell'ente)

con sede in UDINE

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 OSPEDALIERA

☐ 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 **NESSUN INCARICO**

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

dal _____ al _____

Motivo dell'eventuale cessazione: **CREAZIONE NUOVA AZIENDA.**

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 _____

Dal 01.01.2020 al DATA ODIERNA (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (esatta denominazione dell'ente)

con sede in UDINE

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 OSPEDALIERA

☐ 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 **NESSUN INCARICO**

(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: ☒ 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:

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: PREVALENCE OF COVID-19 AMONG PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY RHEUMATIC DISEASES TREATED WITH BIOLOGIC AGENTS OR SMALL MOLECULES: A POPULATION-BASED STUDY IN THE FIRST TWO MONTHS OF COVID-19 OUTBREAK IN ITALY

AUTORI: Quartuccio L, Valent F, Pasut E, Tascini C, De Vita S

DATA DI PUBBLICAZIONE 10.2020 (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.) : Quartuccio L, Valent F, Pasut E, Tascini C, De Vita S. Prevalence of COVID-19 among patients with chronic inflammatory rheumatic diseases treated with biologic agents or small molecules: A population-based study in the first two months of COVID-19 outbreak in Italy. Joint Bone Spine. 2020 Oct;87(5):439-443

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: Joint Bone Spine

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF A CLINICAL PHARMACY SERVICE ON AN ACUTE INTERNAL MEDICINE WARD IN ITALY

AUTORI: Lombardi N, Wei L, Ghaleb M, Pasut E, Leschiutta S, Rossi P, Troncon MG

DATA DI PUBBLICAZIONE 10.04.2018 (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.) : Lombardi N, Wei L, Ghaleb M, Pasut E, Leschiutta S, Rossi P, Troncon MG. Evaluation of the implementation of a clinical pharmacy service on an acute internal medicine ward in Italy. BMC Health Serv Res. 2018 Apr 10;18(1):259

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: BMC Health Serv Res

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

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: Percorsi in rete per la ricerca e l'elaborazione di linee guida

ENTE ORGANIZZATORE: Istituto Superiore di Sanità

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Roma

PRESENIATO COME: ☒ Uditore

☐ Segreteria Scientifica

☐ Relatore

☐ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 24.10.2013 AL 25.10.2013 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 2 pari a ore totali _____ conseguendo nr. 16 ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Corso di alta specializzazione SIFO in sperimentazione clinica - il farmacista di ricerca e il farmacista ricercatore: istruzioni per l'uso

ENTE ORGANIZZATORE: SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

LUOGO DI SVOLGIMENTO: On-line

PRESENIATO COME: ☐ Uditore

☐ Segreteria Scientifica

☒ Relatore

☒ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 14.05.2021 AL 14.05.2021 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 0,15 conseguendo nr. _____ ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Utilizzo ed utilità del farmaco: dall'analisi descrittiva alla progettazione di uno studio

ENTE ORGANIZZATORE: SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

PRESENIATO COME: ☐ Uditore

☒ Segreteria Scientifica

☐ Relatore

☐ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 09.04.2014 AL 28.05.2014 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 35 conseguendo nr. _____ ecm

☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Principi di farmacoeconomia

ENTE ORGANIZZATORE: SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Palmanova (UD)

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 28.05.2015 AL 28.05.2015 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 5 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Congresso SIFO 2020: relazione dal titolo: "Il farmacista ricercatore durante una pandemia: real world evidence"

ENTE ORGANIZZATORE: SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

LUOGO DI SVOLGIMENTO: On-line

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 11.12.2020 AL 11.12.2020 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 1 pari a ore totali 0,15 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Gas medicinali: uso in sicurezza

ENTE ORGANIZZATORE: Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine.

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 23.09.2014 AL 23.09.2014 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 0,33 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Terap ed Essential Evidence Plus: risorse elettroniche basate sulla migliore evidenza scientifica disponibile

ENTE ORGANIZZATORE: Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 08.10.2019 AL 08.10.2019 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali 1 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Buon uso del sangue ed emoderivati

ENTE ORGANIZZATORE: Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 23.10.2019 AL 23.10.2019 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _ pari a ore totali 0.33 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: La nutrizione del paziente critico in terapia intensiva

ENTE ORGANIZZATORE: Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 26.04.2018 AL 26.04.2018 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _ pari a ore totali 0.33 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Il rischio nella gestione dei farmaci antitumorali. Corso per diluitori

ENTE ORGANIZZATORE: Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 08.11.2016 AL 08.11.2016 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _ pari a ore totali 0.33 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: La nutrizione artificiale in ospedale ed a domicilio

ENTE ORGANIZZATORE: Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia"

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 22.01.2016 AL 22.01.2016 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _ pari a ore totali 0.33 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Approccio multidisciplinare ai pazienti con malattie infiammatorie muscolo scheletriche, gastrointestinali, oculari e dermatologiche. Il ruolo della terapia anti-TNF alfa

ENTE ORGANIZZATORE: MD Studio Congressi

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Mortegliano (UD)

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 22.01.2016 AL 22.01.2016 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _ pari a ore totali 0.75 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Progetto di eliminazione della epatite C in Regione Friuli Venezia Giulia

ENTE ORGANIZZATORE: Motore Sanità

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 20.12.2018 AL 20.12.2018 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _ pari a ore totali 0.25 conseguendo nr. _____ ecm
☐ con superamento esame finale; ☒ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: XVII UP-DATE IN GASTROENTEROLOGIA - relazione dal titolo: "Biologici e biosimilari nella terapia domiciliare: è la scelta giusta?"

ENTE ORGANIZZATORE: EVERYWHERE s.r.l

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 01.10.2021 AL 01.10.2021 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _ pari a ore totali 0.15 conseguendo nr. _____ ecm
☒ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: XII UP-DATE IN GASTROENTEROLOGIA - relazione dal titolo: "Farmaci biologici: la scelta tra farmacoeconomia e conoscenze scientifiche"

ENTE ORGANIZZATORE: EVERYWHERE s.r.l.

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Udine

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

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 28.10.2016 AL 28.10.2016 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _ pari a ore totali 0.15 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: _____
_____ E

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) :

Dal 2012 al 2020 Segretario Regionale Friuli Venezia Giulia della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO).

Nel 2019 membro del gruppo di lavoro per la riforma dello statuto di SIFO.

Dal 2020 membro del consiglio dei Probiviri della SIFO.

Dal 2011 al 2017 Revisore dei Conti dell'Ordine dei Farmacisti di Udine.

Dal 2017 ad oggi Consigliere dell'Ordine dei Farmacisti di Udine.

Il presente curriculum professionale consta di n. 12 pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

09.06.2022

Il dichiarante
Dr. PASUT ENRICO

14.25.33 010

Pag. 16 di 16



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it

Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201