"Il sottoscritto, Bruno Zanotti, nato a [redacted] 05.05.1956, residente a [redacted] codice fiscale [redacted] sotto la propria responsabilità, rilascia le dichiarazioni contenute nel presente curriculum valendosi delle disposizioni di cui al DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dalla normativa vigente per le ipotesi di falsità e le dichiarazioni mendaci e che l'Amministrazione ricevente le stesse potrà effettuare controlli sulla veridicità del loro contenuto"

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 NEUROCHIRURGIA DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA NEUROCHIRURGIA MANTOVA approvato con decreto n. 808 del 20/09/2022.

IO SOTTOSCRITTO/A _____ **BRUNO ZANOTTI** _____

- 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 05.05.1956 _____
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: _____
Codice fiscale: _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

o di essere in possesso del **DIPLOMA DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA** (ALLEGATO 2) conseguita in data 04.04.1984 con voto pari a 100/110 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA con sede in BOLOGNA e

di essere in possesso del **DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE** in NEUROCHIRURGIA (ALLEGATO 3) conseguito in data 21.10.1999 voto: 50/50 ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 della durata legale di anni 5 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA con sede in VERONA

di essere in possesso del **DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE** in NEUROLOGIA (ALLEGATO 4) conseguito in data 26.06.1990 voto: 70/70 e lode ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 della durata legale di anni 4 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA con sede in BOLOGNA

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: DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE E TECNOLOGIE CLINICHE

conseguito il 07.03.2014 presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE

con sede in UDINE

ulteriori informazioni: VEDI IN ALLEGATO CURRICULA IN EXTENSO

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 15.10.1990 al 04.02.2018 (indicare gg/mm/aa)

presso AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA 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 MEDICO DISCIPLINA DI (NEURORADIOLOGIA) NEUROCHIRURGIA

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 I LIVELLO

(Indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)
dal 15.10.1990 al 04.02.2018

Motivo dell'eventuale cessazione: TRASFERIMENTO PER MOBILITA' AL C. POMA DI MANTOVA

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

per i seguenti motivi COMANDO AL C. POMA DI MANTOVA

dal 15.03.2016 al 31.07.2016

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

per i seguenti motivi TRASFERIMENTO IN MOBILITA' ALLA NEUROCHIRURGIA DI BORGO TRENTO VERONA

dal 01.04.2002 al 28.02.2003

Dal 05.02.2018 al TUTT'OGGI (indicare gg/mm/aa)

presso ASST MANTOVA OSPEDALE CARLO POMA (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 NEUROCHIRURGIA

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 I LIVELLO _____

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

dal 05.02.2018 al TUTT'OGGI

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

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

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____

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

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

La misura della riduzione del punteggio è _____

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

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

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

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)

SOGGIORNI DI STUDIO:

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 soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quante necessarie)

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)

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) :

VEDI ALLEGATO CURRICULARE ESTESO

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

li 17.11.2022

Il dichiarante

F.to Dott. Bruno Zanotti

(allegare/copia fronte/retro del documento di riconoscimento)