

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

All' ASST - MANTOVA  
Strada Lago Paiolo, 10  
46100 MANTOVA

IO SOTTOSCRITTO/A MICHELA POZZANI

- 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 a BRESCIA ( BS ), il 05/08/1986

di risiedere in DESENZANO D/G ( BS ) C.A.P. 25015

indirizzo: VIA FLAMINIA n. 23

di essere domiciliato in DESENZANO D/G ( BS ) C.A.P. 25015

indirizzo: VIA FLAMINIA n. 23

C.F./P.I.: P22MHL86M45B157S / 03649670985

Telefono: 3381384621

P.E.C.: \_\_\_\_\_

E-mail: michela.pozzani@hotmail.it

**SOGGIORNI DI STUDIO/ATTIVITA' DI RICERCA:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: VAOLANTARIATO  
ODONTOIATRICO IN REPUBBLICA CENTRO AFRICANA

ENTE OSPITANTE: \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: SIOM MILANO

LUOGO DI SVOLGIMENTO: REPUBBLICA CENTRAFRUCANA

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL 05/08/2011 AL 20/08/2011

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): 90h/settimana

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il presente curriculum professionale consta di n. 16 pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

Il Dichiarante

Desenzano d/Gardo il 09/11/2016 Michela Pizzani

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)



**PRESENZE A CORSI:**

(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: ORTODONZIA CLINICA CONTEMPORANEA

ENTE ORGANIZZATORE: LEONE SPA

LUOGO DI SVOLGIMENTO: FIRENZE

PRESEZIATO COME:  Uditore  Segreteria Scientifica  
 Relatore  Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO \_\_\_\_\_ per ore totali \_\_\_\_\_

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL 10/2015 AL 10/2016 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 22 pari a ore totali 160

TITOLO DEL CORSO: CORSO "RESTAURI DIRETTI E INDIRETTI 'QUALITA' E OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI"

ENTE ORGANIZZATORE: LAB. OD. ESSERRE SI ROSSO ALESSANDRO

LUOGO DI SVOLGIMENTO: FIERO (BS)

PRESEZIATO COME:  Uditore  Segreteria Scientifica  
 Relatore  Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO \_\_\_\_\_ per ore totali \_\_\_\_\_

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 6 pari a ore totali 60

**PRESENZE A CORSI:**

•(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:** PRIMO CONGRESSO DELLA COMPAGNIA ORTODONTICA  
L'ORTODONZIA DELL'ADULTO: UN'OCCASIONE DI CRESCITA  
PROFESSIONALE, ECONOMICA E CULTURALE

**ENTE ORGANIZZATORE:** B.E BETA EVENTI (ACCREDITAMENTO 687)

**LUOGO DI SVOLGIMENTO:** GESENATICO (FC)

**PRESENIATO COME:**  XUDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

**DURATA DEL CORSO:** IL GIORNO \_\_\_\_\_ per ore totali \_\_\_\_\_

- con superamento esame finale;  
 non previsto esame finale  
ovvero

**NEI GIORNI DAL** 25/6/15 **AL** 27/06/15 (indicando gg/mm/aa)

**Per giorni totali di presenza** 3 **pari a ore totali** 20

**TITOLO DEL CORSO:** 18° CONGRESSO NAZIONALE AIC "PREP FOR GESS - 30 ANNI  
D.AIC: L'ECCELLENZA DAL TRADIZIONALE AL DIGITALE"

**ENTE ORGANIZZATORE:** CIC N° 696

**LUOGO DI SVOLGIMENTO:** RIVA DEL GARDA (TN)

**PRESENIATO COME:**  XUDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

**DURATA DEL CORSO:** IL GIORNO \_\_\_\_\_ per ore totali \_\_\_\_\_

- con superamento esame finale;  
 non previsto esame finale  
ovvero

**NEI GIORNI DAL** 6/5/2016 **AL** 7/5/2016 (indicando gg/mm/aa)

**Per giorni totali di presenza** 2 **pari a ore totali** 16

**PRESENZE A CORSI:**

(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'USO DEL WATER NELLA PRATICA QUOTIDIANA

ENTE ORGANIZZATORE: ANDI SERVIZI SRL (ACCREDITAMENTO 228)

LUOGO DI SVOLGIMENTO: PARMA

PRESEZIATO COME:  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO 02/04/2016 per ore totali 8

con superamento esame finale;  
 non previsto esame finale  
ovvero

NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

TITOLO DEL CORSO: BLS-D

ENTE ORGANIZZATORE: PHYSIOLIFE

LUOGO DI SVOLGIMENTO: ARCORE (MB)

PRESEZIATO COME:  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO 15/10/2016 per ore totali 8

con superamento esame finale;  
 non previsto esame finale  
ovvero

NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

**PRESENZE A CORSI:**

(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:** ODONTOIATRIA E DISTURBI DEL SONNO: PROSPETTIVE PROFESSIONALI E TERAPEUTICHE

**ENTE ORGANIZZATORE:** ANDI SERVIZI SRL (accreditamento n. 228)

**LUOGO DI SVOLGIMENTO:** ON LINE

**PRESEZIATO COME:**  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

**DURATA DEL CORSO:** IL GIORNO 6/12/2015 per ore totali 5

con superamento esame finale;  
 non previsto esame finale  
ovvero

NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

**TITOLO DEL CORSO:** IL DOLORE: RICONOSCIMENTO, VALUTAZIONE E GESTIONE

**ENTE ORGANIZZATORE:** FNOMCeO cod. 2603

**LUOGO DI SVOLGIMENTO:** ON LINE

**PRESEZIATO COME:**  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

**DURATA DEL CORSO:** IL GIORNO 8/12/2015 per ore totali 30

con superamento esame finale;  
 non previsto esame finale  
ovvero

NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

**ESPERIENZA LAVORATIVA:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal 01/09/2014 al 09/11/2016 (indicare gg/mm/aa)

presso CENTRO ODONTOIATRICO SIRMIONESE (esatta denominazione dell'ente)

con sede in VIA DON MAZZOLARI 30, COLOMBARE DI SIRMIONE

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: \_\_\_\_\_

contratto di lavoro autonomo di tipo: LIBERO PROFESSIONISTA

in qualità di ODONTOIATRA / LIBERO PROFESSIONISTA

- a tempo determinato      con rapporto di lavoro     tempo pieno     impegno ridotto ( ore sett. \_\_\_ )
- a tempo indeterminato      con rapporto di lavoro     tempo pieno     impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_ )

con incarico di ODONTOIATRA GENERICO

(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:

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 \_\_\_\_\_

**ESPERIENZA LAVORATIVA:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal 04/05/2016 al 09/11/2016 (indicare gg/mm/aa)

presso OSPEDALE SAN PELLEGRINO (esatta denominazione dell'ente)

con sede in CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (MN)

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: \_\_\_\_\_

contratto di lavoro autonomo di tipo: LIBERO PROFESSIONISTA

in qualità di ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA

a tempo determinato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto ( ore sett. \_\_\_)

a tempo indeterminato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_)

con incarico di PERIODONTISTA

(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:

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 \_\_\_\_\_

*ll*

**ESPERIENZA LAVORATIVA:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal 09/02/2016 al 09/11/2016 (indicare gg/mm/aa)

presso POLIAMBULATORIO GOTTO (esatta denominazione dell'ente)

con sede in STRADA PEDAGNO, GOTTO (MN)

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: \_\_\_\_\_

contratto di lavoro autonomo di tipo: LIBERO PROFESSIONISTA

in qualità di ODONTOLATRA LIBERO PROFESSIONISTA

- a tempo determinato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto (ore sett. \_\_\_)  
 a tempo indeterminato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_)

con incarico di PEDODONTISTA

(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:

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 \_\_\_\_\_

**ESPERIENZA LAVORATIVA:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal 01/06/2016 al 09/11/2016 (indicare gg/mm/aa)

presso STUDIO DENTISTICO GEMINI (esatta denominazione dell'ente)

con sede in VIA XX SETTEMBRE 46 BENVIGOLE (BS)

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: \_\_\_\_\_

contratto di lavoro autonomo di tipo: LIBERO PROFESSIONISTA

in qualità di ODONTOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA

- a tempo determinato con rapporto di lavoro | tempo pieno | impegno ridotto ( ore sett. \_\_\_)
- a tempo indeterminato con rapporto di lavoro | tempo pieno | impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_)

con incarico di ODONTOLOGA / PERIODONTISTA  
(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:

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 \_\_\_\_\_

**ESPERIENZA LAVORATIVA:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal 01/09/2016 al 09/11/2016 (indicare gg/mm/aa)  
presso AMBULATORIO RECCHIA POLISPECIALISTICO (esatta denominazione dell'ente)

con sede in VIA G. MAHELI 5, VERONA

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: \_\_\_\_\_  
 contratto di lavoro autonomo di tipo: LIBERO PROFESSIONISTA

in qualità di ODONTOLATRA LIBERO PROFESSIONISTA

a tempo determinato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto ( ore sett. \_\_\_ )  
 a tempo indeterminato con rapporto di lavoro  tempo pieno  impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_ )

con incarico di ODONTOLATRA / PEDODONTISTA  
(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:

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 \_\_\_\_\_

**ESPERIENZA LAVORATIVA:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal 01/09/2015 al 09/11/2016 (indicare gg/mm/aa)  
presso STUDIO DENTISTICO DR BISTAFFA SIMONE (BI. DENTALMED) (esatta denominazione dell'ente)

con sede in VIA RICAMIFICO 6, SAN GIOVANNI LOPATOTO (VR)

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: \_\_\_\_\_  
 contratto di lavoro autonomo di tipo: LIBERO PROFESSIONISTA

in qualità di ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA

a tempo determinato      con rapporto di lavoro     tempo pieno     impegno ridotto ( ore sett. \_\_\_ )  
 a tempo indeterminato    con rapporto di lavoro     tempo pieno     impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_ )

con incarico di ODONTOIATRA / PEDODONTISTA  
(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:  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 \_\_\_\_\_