

FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **PAOLO MAZZA**
Indirizzo **VIALE EUROPA N.43 CAP 46100 MANTOVA**
Telefono **33877625360**
Fax
E-mail **pmazza72@gmail.it**
Nazionalità **ITALIANA**
Data di nascita **15 MARZO 1972 FERRARA**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

Dal 1 Settembre 2017
ASST-Mantova
Presidio Ospedaliero Di Asola
Responsabile dirigente Della Day Surgery Di Chirurgia Generale
Attività Chirurgica per Patologia a Bassa Media Complessità

- Date (da – a)

Dal 1 Ottobre 2009 a Agosto 2017

- Nome e indirizzo del datore di lavoro

ASST-Mantova

- Tipo di azienda o settore

Ospedale Carlo Poma Mantova

- Tipo di impiego

Dirigente medico-Aiuto di I° livello a tempo indeterminato presso Reparto di Chirurgia Generale

- Principali mansioni e responsabilità

Attività di Sala operatoria, ambulatoriale, attività di reparto, Diagnostica Strumentale Eco—Color-Doppler, utilizzo della strumentazione Laparoscopica

- Date (da – a)

17 Gennaio 2006 al 30 Settembre 2009

- Nome e indirizzo del datore di lavoro

Ospedale Civile San Pellegrino Castiglione delle Stiviere Mn

- Tipo di azienda o settore

Azienda Privata Sanitaria S.r.L convenzionata

- Tipo di impiego

Dirigente medico di 1 livello a tempo indeterminato presso Reparto di Chirurgia Generale

• Principali mansioni e responsabilità

Attività di sala operatoria, reparto, ambulatori e ultrasonografica

ISTRUZIONE

- Date (da – a) In data 31/10/2005 ho conseguito
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Specialista in Chirurgia Generale Indirizzo Urgenza c/o Facoltà di Medicina e Chirurgia città di Ferrara

- Qualifica conseguita Specialità di chirurgia Generale indirizzo urgenza

- Date (da – a) In data 28/10/1999 ho conseguito la
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Laurea in medicina e Chirurgia c/o Università degli Studi Di Ferrara

- Qualifica conseguita Medico Chirurgo

- Date (da – a) Dal 1986 al 1990/91
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Scuola Superiore presso Istituto Professionale DEON Città di Bologna

- Qualifica conseguita Diploma per Odontotecnico + Maturità (ultimo anno)

FORMAZIONE

13-14-15 Settembre 2010

2-3-4 Febbraio 2011

29 -30 Maggio 2012

8-9-10 Giugno 2011

12-13 Marzo 2013

21 al 29 Ottobre 2013

18-19 Novembre 2014

2 al 5 aprile 2014

6-7-8-9 Novembre 2017

19-20-21 Marzo 2018

- Tirocinio Pratico della society of Hernia and Abdominal Wall Surgery San Severino Marche e Bologna
- Corso di Advanced Laparoscopic colorectal surgery AIMS Academy Milano
- Laparoscopic Colorectal Surgery course Hamburgo Germany
- Corso di Advanced Laparoscopic surgery for Esophago-Gastric Diseases AIMS Academy Milano
- Corso Teorico Pratico di Chirurgia (tecniche chirurgo-endoscopiche e complicanze) Riccione
- Laparoscopic Surgical Week: Full Immersion Ospedale Monaldi Napoli
- Corso di Chirurgia Laparoscopica della Parete Addominale Abbiategrosso Milano
- XII Corso Nazionale congiunto di Ultrasonologia Vascolare Bertinoro Forli-Cesena

- Corso Intensivo di Chirurgia Laparoscopica AIMS Accademy Milano

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

PRIMA LINGUA

ALTRE LINGUE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI E ORGANIZZATIVE

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

ITALIANO

INGLESE

[Indicare la lingua]

MEDIOCRE

MEDIOCRE

MEDIOCRE

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

Capacità di scrivere protocolli di ricerca e di coordinare lo staff coinvolto

Capacità di utilizzare il sistema Windows XP e Vista, programmi quali Excell, Word, Power Point.

**CAPACITÀ E COMPETENZE
CHIRURGICHE**

Musica, scrittura, disegno ecc.

CAPACITÀ DI ESEGUIRE COME PRIMO OPERATORE TUTTI GLI INTERVENTI DI CHIRURGIA DEFINITA MINORE (ERNIE, LIPOMI, VARICI, PROCTOLOGIA E PICCOLA CHIRURGIA AMBULATORIALE), E CHIRURGIA MEDIO-ELEVATA SIA APERTA CHE LAPAROSCOPICA (PATOLOGIE BENIGNE E MALIGNHE DEL COLON-RETTO, PATOLOGIE DEI DIFETTI DI PARETE, PATOLOGIE GASTRICHE)

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

CAPACITÀ DI ESEGUIRE DIAGNOSTICA VASCOLARE NON INVASIVA (ECO-COLOR-DOPPLER) SIA A CARICO DEL DISTRETTO AERTERIOSO, VENOSO E TRONCHI SOVRAORTICI

PATENTE O PATENTI

Patente sia A che

**Publicazioni e Titoli
Scientifici:**

Dodici anni di Esperienza Sull'uso delle Protesi Biologiche in Chirurgia Generale

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003. /s

Data 15 Settembre 2018

Il Dichiarante
Dr. Paolo Mazza

CURRICULUM PROFESSIONALE

All'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI 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 CHIRURGIA GENERALE - DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI CHIRURGIA GENERALE PIEVE DI CORIANO approvato con atto deliberativo n. 956 del 01/08/2018.

IO SOTTOSCRITTO/A PAOLO MAZZA

- 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 15/03/72

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

indirizzo: _____ n. _____

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

indirizzo: _____

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 28/10/93
con voto pari a 107/110 presso Università di Medicina e Chirurgia
con sede in FERRARA e

di essere in possesso del DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in Chirurgia Generale indirizzo Urologia
conseguito in data 31/10/05 voto: 50/50 ai sensi del D.Lgs. n. _____ della durata legale di anni _____
presso Università degli studi di Medicina e Chirurgia
con sede in FERRARA

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: Diploma Odontotecnico
conseguito il 1990 presso Istituto privato DEON
con sede in Bologna

TITOLO: Maturità
conseguito il 1991 presso Istituto professionale privato DEON
con sede in Bologna

ulteriori informazioni: _____

ESPERIENZA LAVORATIVA:

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

Dal 11/01/06 al 30/03/09 (indicare gg/mm/aa)

presso Ospedale Carlo San Pellegrino S.r.l. Pubblica (esatta denominazione dell'ente)

con sede in Monteleone della Stevure

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 Chirurgia Generale

- 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 I° livello
(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal 11/01/06 al 30/03/09

Motivo dell'eventuale cessazione: vincolo concorso ASST - Mantova

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 11/10/03 al 11/03/17 (indicare gg/mm/aa)

presso ASST-MANTOVA (esatta denominazione dell'ente)

con sede in MANTOVA - PIEVE CORIAND

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 Chirurgia Generale
 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 1° livello
(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

dal 11/10/03 al 11/03/17

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 _____

ESPERIENZA LAVORATIVA:

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

Dal 1/05/17 al Oggi 15/3/18 (indicare gg/mm/aa)

presso ASST-Mantova (esatta denominazione dell'ente)

con sede in Puro di Ovedolera di Asolo

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 Chirurgia generale
 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 Responsabile di Struttura Servizi Chirurgia generale
(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 _____



PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegare 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: Dodici anni di esperienza nell'uso protesi biologica
AUTORI: F. Di Lorenzo, S. Benvenuto, P. Mazza, A. Pizzella, D. Russo, P. Vigan, C. Bon
DATA DI PUBBLICAZIONE 27/3/17 (gg/mm/aa)

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

Abstract

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: _____

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. ____ di ____

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: Tronario Proctico Società Hernia and Abdominal Wall

ENTE ORGANIZZATORE: BARD

LUOGO DI SVOLGIMENTO: San Valentino Morche e Bologna

PRESEZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica
 Relatore Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 13/03/10 AL 15/3/10 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 3 pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Corso di Adiboncaal Proctology Colon Rectal AIMS

ENTE ORGANIZZATORE: AIMS Milano

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Ospedale Maggiore Milano

PRESEZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica
 Relatore Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 2/2/11 AL 4/2/11 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 3 pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Proctology Colon Rectal Surgery

ENTE ORGANIZZATORE: EFHICON

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Hannover Germany

PRESEZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica
 Relatore Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 29/5/12 AL 30/5/12 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 2 pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

Pag. 7 di ____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

Pag. ____ di ____

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: Corso Advanced hepatology for UPPER Dose

ENTE ORGANIZZATORE: AIDS Academy

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Milano Osp. Maggiore

PRESENZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 8/06/11 AL 10/6/11 (indicando gg/mm/aa)

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

con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Corso Teorico pratico di tecnica del jiu-jitsu - e derivate

ENTE ORGANIZZATORE: BARD

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Ospedale di Riccione

PRESENZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 12/3/13 AL 13/3/13 (indicando gg/mm/aa)

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

con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Hepatology Surgery Week

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Ospedale Mansueti Nojale

PRESENZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 21/10/13 AL 28/10/13 (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza 7 pari a ore totali _____ conseguendo nr. 75 ecm

con superamento esame finale; non previsto esame finale

Pag. 8 di ____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

Pag. ____ di ____

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: Corso di Chirurgia laparoscopica della parete Addominale

ENTE ORGANIZZATORE: BARD

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Abbiadegrosso Milano

PRESEZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 18/11/14 AL 13/11/14 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 2 pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Corso di Ultrasonografia Vascolare

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Belluno (Forlì - Cesia)

PRESEZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 2/4/14 AL 5/4/14 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza 4 pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: Corso Intensivo di Chirurgia laparoscopica

ENTE ORGANIZZATORE: AIMS Academy

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Milano Ospedale Maggiore

PRESEZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 6/11/17 AL 9/11/17 (indicando gg/mm/aa)
Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____ conseguendo nr. _____ ecm
 con superamento esame finale; non previsto esame finale

Pag. 2 di ____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

Pag. ____ di ____

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 necessità)

TITOLO DEL CORSO: Chirurgia ricostruttiva Color Retto

ENTE ORGANIZZATORE: Johnson e Johnson

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Centro Universitario Guido Goidanich Torino

PRESEZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica

Relatore Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL 18/3/18 AL 21/3/18 (indicando gg/mm/aa)

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

con superamento esame finale; non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica

Relatore Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (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: _____

PRESEZIATO COME: Uditore Segreteria Scientifica

Relatore Corso Formazione a Distanza

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

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

con superamento esame finale; non previsto esame finale

Pag. 10 di ____

ATTIVITA' DIDATTICA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quante necessarie)

Dal Febbraio 2018 al Giugno 2018 (indicare gg/mm/aa)

presso Aula Rosa con sede in ASST-Mantova

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: Corso base di Insegnamento al personale infermieristico

materia di insegnamento: Strumenti e Utilizzo degli strumenti e degli apparecchi

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): 10 ore

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: _____

Pag 11

