

Allegato "D"  
**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'attribuzione dell'incarico di **Direttore di Unità Operativa Complessa RADIOLOGIA del Presidio Ospedaliero di Santorso** (profilo professionale: **MEDICI** - disciplina: **Radiodiagnostica** - Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi) di cui al Bando n. **32/2023**.

|                 |                       |                       |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| Il sottoscritto | Cognome<br>BOSCARELLI | Nome<br>GIUSEPPE..... |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|

|            |         |             |
|------------|---------|-------------|
| nato il .. | a ..... | Prov...C... |
|------------|---------|-------------|

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| <b>di essere in possesso della laurea in</b>                            | <b>MEDICINA E CHIRURGIA</b> |
| <b>conseguita in data</b>   | <b>24/10/2006</b>           |
| <b>presso l'Università degli Studi di</b>                               | <b>CATANIA</b>              |
| <i>(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i> |                             |
| <b>Riconoscimento a cura di .....</b>                                   | .....                       |
| <b>in data.....</b>   | .....                       |
| <i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>                        |                             |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei</b> | <b>MEDICI E CHIRURGI</b> |
| <b>della provincia di</b>                          | <b>VICENZA</b>           |
| <b>dal</b>   | <b>06/07/2022</b>        |
| <b>numero d'iscrizione</b>                         | <b>07112</b>             |

|  |                         |
|--|-------------------------|
| <b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b> |                         |
| <b>Specializzazione in</b>   | <b>RADIODIAGNOSTICA</b> |
| <b>conseguita in data</b>  | <b>28/07/2011</b>       |
| <b>presso l'Università degli Studi di</b>                              | <b>MESSINA</b>          |
| <i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>                       |                         |

|  |   |
|--|---|
| <b>di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:</b>   |   |
| <b>Profilo professionale</b>   | <b>...DIRIGENTE MEDICO.....</b>   |
| <b>Disciplina</b>  | <b>.....RADIOLOGIA .....</b>  |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>  | <b>...ASP 1 AGRIGENTO.....</b>  |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>  | Viale della Vittoria 321 Ospedale San Giovanni di Dio contrada Consolida  |
| <b>Dal 10/08/2011. al 22/09/2011</b>   | <input type="checkbox"/> con rapporto a tempo <input checked="" type="checkbox"/> <b>x determinato</b>  |
| <b>dal 22/09/2011...CESSATA ATTIVITA' per...DIMISSIONI VOLONTARIE...</b>   | <input type="checkbox"/> <b>indeterminato</b><br>e orario <input checked="" type="checkbox"/> <b>x tempo pieno</b> <input type="checkbox"/> <b>tempo ridotto (ore 38)</b>                 |
| <b>Profilo professionale</b>   | <b>MEDICO CAPO CLINICA</b>  |
| <b>Disciplina</b>  | <b>RADIOLOGIA</b>   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>  | <b>EOC OSPEDALE LA CARITÀ DI LOCARNO</b>  |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>  | Via dell'Ospedale 1, 6600, Locarno SVIZZERA   |
| <b>Dal ...01/10/2011..... al 30/09/2012</b>  | <input type="checkbox"/> con rapporto a tempo <input checked="" type="checkbox"/> <b>X determinato</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>con CESSATA ATTIVITÀ dal 30/09/2012 per...DIMISSIONI VOLONTARIE.....</b>   | <input type="checkbox"/> <b>indeterminato</b><br>e orario <input checked="" type="checkbox"/> <b>X tempo pieno</b> <input type="checkbox"/> <b>tempo ridotto (ore SETTIMANALI 50....)</b> |
| <b>Profilo professionale</b>   | <b>DIRIGENTE MEDICO</b>   |
| <b>Disciplina</b>  | <b>RADIOLOGIA</b>   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>  | <b>AULLS 7 PEDEMONTANA (EX ULSS 4 ALTO VICENTINO), OSPEDALE SANTORSO</b>  |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>  | <b>VIA DEI Lotti 40, Bassano del Grappa</b>   |
| <b>Dal ...01/10/2012. al 01/09/2019</b>  | <input type="checkbox"/> con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> <b>indeterminato</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>x</b>  |
| <b>X con interruzione di servizio dal...24/09/18..al...13/04/2019. per.....in attesa per conservazione posto indeterminato cessata attività per trasferimento mobilità altra amministrazione il 01/09/2019</b> | <input type="checkbox"/> <b>indeterminato</b><br>e orario <input checked="" type="checkbox"/> <b>x tempo pieno</b> <input type="checkbox"/> <b>tempo ridotto (ore 38...)</b>              |

|   |   |
|---|---|
| <b>Profilo professionale</b>                                    | <b>DIRIGENTE MEDICO &gt; 5 ANNI</b>   |
| <b>Disciplina</b>   | <b>NEURORADIOLOGIA</b>  |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>                             | <b>AULLS8 BERICA OSP- SAN BORTOLO</b>   |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>                     | <b>viale Rodolfi 37 -36100 Vicenza</b>  |
| <b>Dal ...24\09\2018 al 13\04\2019</b>                          | <b>con rapporto a tempo <del>indeterminato</del> <input checked="" type="checkbox"/> <br/> indeterminato <input type="checkbox"/></b> |
| <b>cessata attività per DIMISSIONE VOLONTARIE IL 13\04\2019</b> | <b>e orario x tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto <input type="checkbox"/> <br/> (ore 38...)</b>                       |

|   |   |
|---|---|
| <b>Profilo professionale</b>  | <b>DIRIGENTE MEDICO &gt; 5 ANNI</b>   |
| <b>Disciplina</b>   | <b>RADIOLOGIA</b>   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>   | <b>AOU Policlinico G. Rodolico - San Marco</b>  |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>   | <b>Via Santa Sofia ,78- 95123 Catania</b>   |
| <b>Dal ...02\09\2019 AL 31\07\2022</b>  | <b>con rapporto a tempo x indeterminato <input type="checkbox"/> <br/> e orario x tempo pieno (ore 38...)</b> |
| <b>X con interruzione di servizio dal...15\10\2021..al...31\07\2022. <br/> In aspettativa NON RETRIBUITA - CESSATA ATTIVITÀ PER <br/> DIMISSIONI VOLONTARIE</b> |   |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):**

|   |   |
|---|---|
| <b>Profilo/Mansione/Progetto</b>        | <b>MEDICO RADIOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA</b>   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>     | <b>POLIAMBULATORI SAN GAETANO</b>               |
| <b>Indirizzo (sede Azienda,Ente...)</b> | <b>VIA MILANO 2 THIENE (VI)</b>                 |
| <b>Dal.....01\01\2017..... AD OGGI</b>  | <b>con impegno settimanale pari a ore 16...</b> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Profilo/Mansione/Progetto</b>            | <b>MEDICO RADIOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA</b>  |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>         | <b>CENTRO MEDICO E FISOTERAPICO IGEA</b>       |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b> | <b>VIA MAROSTICANA 14, BRESSANVIDO (VI)</b>    |
| <b>Dal...01\09\2019..... AD OGGI.....</b>   | <b>con impegno settimanale pari a ore 4...</b> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Profilo/Mansione/Progetto</b>        | <b>MEDICO CHIRURGO DIRETTORE SANITARIO</b>   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>     | <b>CENTRO MEDICO E FISOTERAPICO IGEA</b>     |
| <b>Indirizzo (sede Azienda,Ente...)</b> | <b>VIA MAROSTICANA 14, BRESSANVIDO (VI)</b>  |
| <b>Dal.....01\10\2021..... AD OGGI</b>  | <b>con impegno settimanale pari a ore 24</b> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Profilo/Mansione/Progetto</b>        | <b>MEDICO RADIOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA</b>  |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>     | <b>CENTRO MEDICO RADIOLOGIC SAN BARTOLOMEO</b> |
| <b>Indirizzo (sede Azienda,Ente...)</b> | <b>VIA DELL'ARTIGIANATO1 , MESTRINO PD</b>     |
| <b>Dal.....01\09\2022..... AD OGGI</b>  | <b>con impegno settimanale pari a ore 2</b>    |

|   |   |
|---|---|
| <b>Profilo/Mansione/Progetto</b>        | <b>MEDICO RADIOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA</b> |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>     | <b>STUDIO RADIOLOGICO SAN LAZZARO</b>         |
| <b>Indirizzo (sede Azienda,Ente...)</b> | <b>VIALE DELL'INDUSTRIA 67, VICENZA</b>       |
| <b>Dal.....01\11\2022..... AD OGGI</b>  | <b>con impegno settimanale pari a ore 2</b>   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Profilo/Mansione/Progetto</b>        |   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>     |   |
| <b>Indirizzo (sede Azienda,Ente...)</b> |   |
| <b>Dal..... AD OGGI</b>                 | <b>con impegno settimanale pari a ore</b> |

|   |   |
|---|---|
| <b>Profilo/Mansione/Progetto</b>        |   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>     |   |
| <b>Indirizzo (sede Azienda,Ente...)</b> |   |
| <b>Dal..... AD OGGI</b>                 | <b>con impegno settimanale pari a ore</b> |

duplicare riquadro in caso di necessità)

**Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarico di direttore di Unità Operativa Complessa, di responsabile di Unità Operativa Semplice, professionale di alta specializzazione, ecc...)**

|  |   |
|--|---|
| <b>Tipologia di incarico</b>                   | <b>INCARICO DI SPECIALISTA DIRIGENTE MEDICO FORMATO C4 &gt; 5 ANNI</b>                          |
| <b>Denominazione Struttura di appartenenza</b> | <b>DIAGNOSTICA INVASIVA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA</b>  |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>            | <b>AULSS 7 PEDEMONTANA OSPEDALE SANTORSO VENETO</b>   |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>    | <b>VIA DEI LOTTI 40 BASSANO DEL GRAPPA, PRESIDIO OSPEDALIERO SANTORSO REPARTO DI RADIOLOGIA</b> |
| <b>Dal.....2018..... al.....2019.....</b>      |   |
| <b>Tipologia di incarico</b>                   | <b>DIRETTORE SANITARIO</b>  |
| <b>Denominazione Struttura di appartenenza</b> | <b>CMF</b>  |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>            | <b>CENTRO MEDICO E FIOTERAPICO IGEA PRIVATO NON CONVENZIONATO</b>                               |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>    | <b>VIA MAROSTICANA 14 BRESSANVIDO (VI)</b>  |
| <b>Dal.....01/10/2021..... A OGGI.....</b>     |   |
| <b>Tipologia di incarico</b>                   | <b>RESPONSABILE RADIOLOGIA</b>  |
| <b>Denominazione Struttura di appartenenza</b> | <b>RADIOLOGIA CMF</b>   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>            | <b>CENTRO MEDICO E FIOTERAPICO IGEA PRIVATO NON CONVENZIONATO</b>                               |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>    | <b>VIA MAROSTICANA 14 BRESSANVIDO (VI)</b>  |
| <b>Dal.....01/09/2019..... a OGGI.....</b>     |   |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

**Di aver svolto attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nell'ambito del corso di</b>          | <b>LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE</b> |
| <b>Presso la Facoltà di</b>              | <b>MEDICINA (DIMED)</b>                   |
| <b>Università di</b>                     | <b>PADOVA</b>                             |
| <b>Insegnamento</b>                      | <b>RADIOPROTEZIONE</b>                    |
| <b>a.a....I e II 2014-2015.....</b>      | <b>Ore docenza complessive ...20</b>      |
| <b>Nell'ambito del corso di</b>          | <b>LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE</b> |
| <b>Presso la Facoltà di</b>              | <b>MEDICINA (DIMED)</b>                   |
| <b>Università di</b>                     | <b>PADOVA</b>                             |
| <b>Insegnamento</b>                      | <b>RADIOPROTEZIONE</b>                    |
| <b>a.a....I e III.....2015-2016.....</b> | <b>Ore docenza complessive ...20</b>      |
| <b>Nell'ambito del corso di</b>          | <b>LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE</b> |
| <b>Presso la Facoltà di</b>              | <b>MEDICINA (DIMED)</b>                   |
| <b>Università di</b>                     | <b>PADOVA</b>                             |
| <b>Insegnamento</b>                      | <b>RADIOPROTEZIONE</b>                    |
| <b>a.a....I.....2016-2017.....</b>       | <b>Ore docenza complessive ...10</b>      |
| <b>Nell'ambito del corso di</b>          | <b>LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE</b> |
| <b>Presso la Facoltà di</b>              | <b>MEDICINA (DIMED)</b>                   |
| <b>Università di</b>                     | <b>PADOVA</b>                             |
| <b>Insegnamento</b>                      | <b>RADIOPROTEZIONE</b>                    |
| <b>a.a....I.....2017-2018.....</b>       | <b>Ore docenza complessive ...10</b>      |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Nell'ambito del corso di</b> | <b>LAUREA IN FISOTERAPIA</b>  |
| <b>Presso la Facoltà di</b>     | <b>MEDICINA (DI MED)</b>  |
| <b>Università di</b>            | <b>PADOVA</b>   |
| <b>Insegnamento</b>             | <b>Medicina fisica e riabilitazione radiologia per Fisioterapisti</b> |
| <b>a.a....II 2015-2016.....</b> | <b>Ore docenza complessive ...20</b>                                  |
| <b>Nell'ambito del corso di</b> | <b>LAUREA IN FISOTERAPIA</b>  |
| <b>Presso la Facoltà di</b>     | <b>MEDICINA (DI MED)</b>  |
| <b>Università di</b>            | <b>PADOVA</b>   |
| <b>Insegnamento</b>             | <b>Medicina fisica e riabilitazione radiologia per Fisioterapisti</b> |
| <b>a.a....II 2016-2017.....</b> | <b>Ore docenza complessive ...20</b>                                  |
| <b>Nell'ambito del corso di</b> | <b>LAUREA IN FISOTERAPIA</b>  |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Presso la Facoltà di                  | MEDICINA (DI MED)  |
| Università di                         | PADOVA   |
| insegnamento                          | Medicina fisica e riabilitazione radiologia per Fisioterapisti |
| a.a.....Il 2017-2018.....             | Ore docenza complessive ...20                                  |
| Anni accademici dal 2014 al 2018..... | Ore docenza complessive ...120                                 |

**Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a un anno con esclusione dei tirocini obbligatori**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Struttura                            | Ospedale "La Carità" REPARTO RADIOLOGIA     |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)         | ENTE OSPEDALIERO CANTONALE DEL TICINO       |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) | Via dell'Ospedale 1, 6600, Locarno SVIZZERA |
| Dal.....01/10/2011.....              | con impegno settimanale pari a ore ...50    |
| al.....30/09/2012.....I ANNO.....    |   |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Struttura                            |  |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)         |  |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) |  |
| Dal..... al.....                     | con impegno settimanale pari a ore ... |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Struttura                            |  |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)         |  |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.) |  |
| Dal..... al.....                     | con impegno settimanale pari a ore ... |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver conseguito i seguenti titoli: master, corsi di perfezionamento universitari ecc...**

|  |  |
|--|--|
| Titolo del corso                         |  |
| Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.) |  |
| Dal..... al.....                         |  |
| Data conseguimento titolo                |  |

|  |  |
|--|--|
| Titolo del corso                         |  |
| Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.) |  |
| Dal..... al.....                         |  |
| Data conseguimento titolo                |  |

|  |  |
|--|--|
| Titolo del corso                         |  |
| Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.) |  |
| Dal..... al.....                         |  |
| Data conseguimento titolo                |  |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di essere autore (primo autore o coautore) delle seguenti pubblicazioni edite a stampa (come specificato nel Bando, i lavori devono essere allegati). (Il Candidato dovrà altresì inserire l'elenco completo delle pubblicazioni suddiviso per tipo di pubblicazione (pubblicazione, comunicazione, abstract, monografia ecc.) e per ogni singola pubblicazione dovrà essere specificato: Titolo, Rivista, data di pubblicazione, tipo di apporto del Candidato (1° autore o altro));**

**VEDI ALLEGATO CON LISTA**

A

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver partecipato quale RELATORE, DOCENTE, MODERATORE, RESPONSABILE SCIENTIFICO ecc.. ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)**

| Ente organizzatore | Titolo del corso | Periodo | Ore | Luogo di | Crediti ECM |
|--------------------|------------------|---------|-----|----------|-------------|
|--------------------|------------------|---------|-----|----------|-------------|

|                            |  |  |  | <b>svolgimento</b> | <b>(se previsti)</b> |
|----------------------------|--|--|--|--------------------|----------------------|
|                            |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |
| <b>VEDI ALLEGATO<br/>A</b> |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |
|                            |  |  |  |                    |                      |

*(duplicare righe in caso di necessità)*

**Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)**

| <b>Ente organizzatore</b>  | <b>Titolo del corso</b> | <b>Periodo</b> | <b>Ore</b> | <b>Luogo di svolgimento</b> | <b>Crediti ECM (se previsti)</b> |
|----------------------------|-------------------------|----------------|------------|-----------------------------|----------------------------------|
|                            |                         |                |            |                             |                                  |
| <b>VEDI ALLEGATO<br/>B</b> |                         |                |            |                             |                                  |
|                            |                         |                |            |                             |                                  |
|                            |                         |                |            |                             |                                  |
|                            |                         |                |            |                             |                                  |
|                            |                         |                |            |                             |                                  |
|                            |                         |                |            |                             |                                  |
|                            |                         |                |            |                             |                                  |
|                            |                         |                |            |                             |                                  |

*(duplicare righe in caso di necessità)*

22/06/2023  
(data)