

*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 GERIATRIA del Presidio Ospedaliero di Santorso (profilo professionale: MEDICI - disciplina: Geriatria - Area Medica e delle Specialità Mediche) di cui al Bando n. 46/2022.

	Cognome	Nome
--	---------	------

Il/La sottoscritto/a	THOMAS.....	..HUNELLI.....
----------------------	-------------	----------------

--	--	--

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

di essere in possesso della laurea in	MEDICINA E CHIRURGIA
conseguita in data	23/3/1999
presso l'Università degli Studi di	PADOVA..
(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)	
Riconoscimento a cura di .....	
in data .....	
(duplicare riquadro in caso di necessità)	

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei	MEDICI..
della provincia di	VICENZA
dal	13/07/2005
numero d'iscrizione	05274..

<b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b>	
Specializzazione in	GERIATRIA E GERONTOLOGIA
conseguita in data	26/01/2004
presso l'Università degli Studi di	VERONA...
Specializzazione in	...../.....
conseguita in data	...../.....
presso l'Università degli Studi di	...../.....
Specializzazione in	...../.....
conseguita in data	...../.....
presso l'Università degli Studi di	...../.....
(In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)	
Riconoscimento a cura di .....	
in data .....	
(duplicare riquadro in caso di necessità)	

<b>di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:</b>	
Profilo professionale	DIRIGENTE MEDICO
Disciplina	GERIATRIA
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	DISTRETTO P.S. n. 2 - U.O. Cure Primarie
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	V.L.S.S. 10. P. 220 De Gasperi 5 S. Donato di Po' e
Dal 5/9/2005..... al 3/3/2006.	con rapporto a tempo <input checked="" type="checkbox"/> determinato o indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input checked="" type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Dal..... al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato o indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input checked="" type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ....)
Profilo professionale	DIRIGENTE MEDICO
Disciplina	MEDICINA INTERNA
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	Ospedale di Jesolo - U.O. Medicina
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	V.L.S.S. 10. P. 220 De Gasperi 5 S. Donato di Po' e
Dal 3/3/2006..... al 31/3/2007	con rapporto a tempo <input checked="" type="checkbox"/> determinato o indeterminato

Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

(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...)**

Tipologia di incarico	ALTA SPECIALIZZAZIONE
Denominazione Struttura di appartenenza	C.D.C.D. VALDUNO
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	ULSS 8 BERICA
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	Viale Rodolfo 37 Vicenza
Dal 21/04/2021 al 31/03/2022	

Trattamenti farmacologici di 110 ore  
maestri e nella pratica di lavoro  
compila gene ..

Tipologia di incarico	
Denominazione Struttura di appartenenza	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	
Tipologia di incarico	
Denominazione Struttura di appartenenza	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	

(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**

Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...
Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenze complessive ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**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	
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 ...
Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	

<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	e orario <input checked="" type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<b>Profilo professionale</b>	<b>DIRELENTE MEDICO</b>
<b>Disciplina</b>	<b>GERIATRIA</b>
<b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>Ospedale di Trento - U.O. Geriatria</b>
<b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>A.S.S. Trento, Via DeBusperi 79</b>
Dal 1/4/2007... al 31/3/2008	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input checked="" type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	e orario <input checked="" type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<b>Profilo professionale</b>	<b>DIRELENTE MEDICO</b>
<b>Disciplina</b>	<b>GERIATRIA</b>
<b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>Ospedale di Valdegno - U.O. Geriatria</b>
<b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>U.L.S.S. 5 → U.L.S.S. 2... Via Trento 4 Anguara → V.le Robb 57 Vicenza</b>
Dal 1/4/2008... al A. 10.11.0651	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input checked="" type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	e orario <input checked="" type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:</b>	
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):</b>	
Profilo/Mansione/Progetto	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
Profilo/Mansione/Progetto	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
Profilo/Mansione/Progetto	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....



