

Allegato "D"
CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a	Cognome <u>CAPPOLO</u>	Nome <u>Francesco</u>
----------------------	------------------------	-----------------------

--	--	--

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	..... <u>MEDECINA E CHIRURGIA</u>
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	..... <u>PADOVA</u>
(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	..... <u>MEICI</u>
della provincia di	..... <u>VICENZA</u>
dal	..... <u>1984</u>
numero d'iscrizione	..... <u>3384</u>

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:	
Specializzazione in	..... <u>GIURIA COLOGIA E OSTETRICA</u>
conseguita in data	..... <u>13/7/1988</u>
presso l'Università degli Studi di	..... <u>PADOVA</u>
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)	

di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:	
Profilo professionale	..... <u>ME. ARCO</u>
Disciplina	..... <u>MANIPOLAZIONE</u>
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	..... <u>H.S. 6 ALTO VIC. NO</u>
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	..... <u>VIA F. DE' L. 101 V. 4</u>
Dal <u>21/8/89</u> al <u>31/7/97</u> <u>IN RUOLO</u>	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
per <u>dol 11/4/90</u>	<input checked="" type="checkbox"/> indeterminato
□ con interruzione di servizio dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto
per	(ore ...)
Dal <u>01/8/97</u> al <u>TUTT' OGGI</u>	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)
Profilo professionale	..... MEDICI
Disciplina	..... GINECOLOGIA E OST
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	..... V.S.S. 4 ore V.S.S. 2
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	..... S.P.A. ADRIANO
Dal al	<input type="checkbox"/> 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....)
Dal al	<input type="checkbox"/> 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 ...)
Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	<input type="checkbox"/> 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 ...)
Dal al	<input type="checkbox"/> 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)

di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:	
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)

di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):	
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.)	.....
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 struttura complessa, di responsabile di struttura semplice, professionale di alta

specializzazione, ecc...)	
Tipologia di incarico	RESPONSABILE VOS OSTETRICA E GIN. COONSIGLIERE
Denominazione Struttura di appartenenza	ULSS 4 ALTO VICINO
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal...2001..... al.....2002	
Tipologia di incarico	RESPONSABILE VOS PREPARAZIONE AL PARTO
Denominazione Struttura di appartenenza	VOC GINEC E OST TRIESTE
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	ULSS 5 ALTO VICINO
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal....2002 al.....2015	
Tipologia di incarico	RESPONSABILE VOS REGENTE OSTETRICA SIA PARTO
Denominazione Struttura di appartenenza	VOC GINEC E OST SANTOVALE
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	ULSS 3 (PRIMA ULSS 5)
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal 11/2/2015 al.....1/11/2021	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver svolto attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di <u>diploma di laurea o di specializzazione</u>	
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 docenza 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.)	
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	CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN COLPOSCOPIA
Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.)	UNIVERSITA' DI PADOVA
Dal..... al.....	AA 1988-89
Data conseguimento titolo	GIUGNO 89
Titolo del corso	CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN PNEUMOLOGIA OSPEDALIERA
Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.)	UNIVERSITA' DI PADOVA
Dal..... al.....	AA 1990/91
Data conseguimento titolo	GIUGNO 1991
Titolo del corso	CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN SESSIOLOGIA CLINICA (BIENNALE)
Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.)	UNIVERSITA' DI PADOVA
Dal..... al.....	AA 1991, 1995 e "CORSO AVANZATO" 1995-96
Data conseguimento titolo	GIUGNO 1995 e GIUGNO 1996

(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));

/

(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 svolgimento	di	Crediti ECM (se previsti)
ISTITUTO SUPERIORE SANITA'	VALUTAZIONE TEST ANTI HIV	30/1/93	2	ROMA	/	/
ULSS 4	" ADOLESCENZA E SESSUALITA'	23/1/91	6	TREVISO	/	/
ULSS 4	A DOLESCENTI, SERVIZIO PUBBLICO	23/3/2001	2	TREVISO	/	/
ULSS 4	ALLATTAMENTO AL SELO	12/5/2001	2	TREVISO	/	/
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE	EDUCAZIONE ALLA SESSUALITA' IN CLASSE	30/10/14	3	VICENZA	/	/
UNESCO VI	EDUCANDOCI ALLA SESSUALITA'	GENNAIO 2018	6	VICENZA	/	/

(duplicare righe in caso di necessità)

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

Ente organizzatore	Titolo del corso	Periodo	Ore	Luogo svolgimento	di	Crediti ECM (se previsti)

* NON PRESENTATA DOCUMENTAZIONE DI EVENTI FORMATIVI RIGUARDANTI L'ONCOLOGIA, LA CHIRURGIA GINECOLOGICA E LA GESTIONE DELLA SALA PARTO PERCHE' NON AFFINIANTI

UNIVERSITA' PISA	CONVEGNO NAZIONALE IL CONSULTORIO FAMILIARE	2,3,4 OTT 1992	28	PISA	/
VLSS 4	STRUMENTI PER COORDINARE DEI IN EDIC. SANITARIA	4-8/13 1992	25	THIENE	/
UNIVERSITA' MILANO	CORSO GLIAC. INFANZIA E ADL	22,23/11/01	16	PALMA	/
UNIVERSITA' F.I.R.	CONGRESSO ENDOCRINOLOGIA GLIAC	26-29 FEB 2006	35	FIRENZE	/
SHERING	DISTURBI ALIMENTARI IN ADOLESCENZA	6-7 NOV 2004	15	SIENA	/
REGIONE VENEZIA	MUTILAZIONI GENITALI	MAG-GIO 2010	16	PADOVA	8
VLSS 4	RELAZIONI ED INTIMITA' DELL' ADOLESCENZA	5/5/11	8	MONTECCHIO P.	8
VLSS 4	MUTILAZIONI GENITALI	18/19 MAR 16-11	30	MONTECCHIO P.	17
(duplicare righe, in caso di necessita')					
VLSS 4	ADATTAMENTO AL SESSO	17 al 20 GEN 2012	23	MONTECCHIO P.	29
VLSS 4	LE MAMME RAMPOLTE	21/5/14	8	SANTO A.	8.5
VLSS 4	L'OSTETRICA nelle GRAVIDANZA FISIOLOGICA	14 20/31/15	12	SANTO A.	16

DATA

15/1/10