

**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 ANESTESIA E RIANIMAZIONE del Presidio Ospedaliero Santorso**, profilo professionale: MEDICI – Disciplina: **Anestesia e Rianimazione** – Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi di cui al Bando n. **43/2026**.

|                      |                                    |                                   |
|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Il/La sottoscritto/a | Cognome ..... <b>Alberti</b> ..... | Nome ..... <b>Valentina</b> ..... |
|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|

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>                     | ..... Medicina e chirurgia |
| <b>conseguita in data</b>                                        | ..... 17 ottobre 2006      |
| <b>presso l'Università degli Studi di</b>                        | ..... Padova               |
| (solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia) |                            |
| <b>Riconoscimento a cura di</b>                                  | .....                      |
| <b>in data</b>                                                   | .....                      |
| (duplicare riquadro in caso di necessità)                        |                            |

|                                                    |                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei</b> | ..... Medici e Chirurghi |
| <b>della provincia di</b>                          | ..... Padova             |
| <b>dal</b>                                         | ..... 27 Febbraio 2007   |
| <b>numero d'iscrizione</b>                         | ..... 10001              |

|                                                                        |                                |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b> |                                |
| <b>Specializzazione in</b>                                             | ..... Anestesia e rianimazione |
| <b>conseguita in data</b>                                              | ..... 01 Agosto 2011           |
| <b>presso l'Università degli Studi di</b>                              | ..... Padova                   |
| <b>Specializzazione in</b>                                             | .....                          |
| <b>conseguita in data</b>                                              | .....                          |
| <b>presso l'Università degli Studi di</b>                              | .....                          |
| <b>Specializzazione in</b>                                             | .....                          |
| <b>conseguita in data</b>                                              | .....                          |
| <b>presso l'Università degli Studi di</b>                              | .....                          |
| (In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)            |                                |
| <b>Riconoscimento a cura di</b>                                        | .....                          |
| <b>in data</b>                                                         | .....                          |
| (duplicare riquadro in caso di necessità)                              |                                |

|                                                                            |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:</b> |                                                                                                  |
| <b>Profilo professionale</b>                                               | ..... Dirigente Medico di I livello                                                              |
| <b>Disciplina</b>                                                          | ..... Anestesia e rianimazione                                                                   |
| <b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>                                        | ..... <b>Ulss 8 Berica</b>                                                                       |
| <b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>                                | ..... <b>Viale F. Rodolfi, 37 Vicenza</b>                                                        |
| <b>Dal</b> .19/12/2011..... <b>al</b> .05/11/2023...                       | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal..... al.....     | e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto             |
| <b>per</b> .....                                                           | (ore ...)                                                                                        |
| <b>Dal</b> ..... <b>al</b> .....                                           | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato |

|                                                                                   |                                        |                                      |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al.....<br>per..... | e orario<br>(ore ....)                 | <input type="checkbox"/> tempo pieno | <input type="checkbox"/> tempo ridotto |
|                                                                                   |                                        |                                      |                                        |
| Profilo professionale                                                             | ..... Dirigente Medico I livello       |                                      |                                        |
| Disciplina                                                                        | ..... Anestesia e Rianimazione         |                                      |                                        |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)                                                      | ..... Istituto Ortopedico Rizzoli      |                                      |                                        |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)                                              | ..... Via G. C. Pupilli 1, Bologna     |                                      |                                        |
| Dal ..08/01/2023..... al ..in essere.....                                         | con rapporto a tempo                   |                                      | <input type="checkbox"/> determinato   |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> indeterminato |                                      |                                        |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al.....<br>per..... | e orario<br>(ore....)                  | <input type="checkbox"/> tempo pieno | <input type="checkbox"/> tempo ridotto |
| Dal ..... al .....                                                                | con rapporto a tempo                   |                                      | <input type="checkbox"/> determinato   |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> indeterminato |                                      |                                        |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al.....<br>per..... | e orario<br>(ore ...)                  | <input type="checkbox"/> tempo pieno | <input type="checkbox"/> tempo ridotto |
|                                                                                   |                                        |                                      |                                        |
| Profilo professionale                                                             | .....                                  |                                      |                                        |
| Disciplina                                                                        | .....                                  |                                      |                                        |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)                                                      | .....                                  |                                      |                                        |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)                                              | .....                                  |                                      |                                        |
| Dal ..... al .....                                                                | con rapporto a tempo                   |                                      | <input type="checkbox"/> determinato   |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> indeterminato |                                      |                                        |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al.....<br>per..... | e orario<br>(ore ...)                  | <input type="checkbox"/> tempo pieno | <input type="checkbox"/> tempo ridotto |
| Dal ..... al .....                                                                | con rapporto a tempo                   |                                      | <input type="checkbox"/> determinato   |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> indeterminato |                                      |                                        |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al.....<br>per..... | e orario<br>(ore ...)                  | <input type="checkbox"/> tempo pieno | <input type="checkbox"/> tempo ridotto |

**di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:**

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

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

(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*

|                                           |                                               |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>alta specializzazione, ecc...)</b>     |                                               |
| Tipologia di incarico                     | Alta specialità: Anestesia in Ortopedia       |
| Denominazione Struttura di appartenenza   | Referente per le sale operatorie di Ortopedia |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)              | ULSS 8 Berica                                 |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)      | Viale F. Rodolfi 37, Vicenza                  |
| Dal...2020..... al...2023.....            |                                               |
| 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) |                                               |

|                                                                                                                                        |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Di aver svolto attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di <u>diploma di laurea o di specializzazione</u></b> |                                                        |
| Nell'ambito del corso di                                                                                                               | Scuola di specializzazione in Anestesia e rianimazione |
| Presso la Facoltà di                                                                                                                   | Medicina e Chirurgia                                   |
| Università di                                                                                                                          | Bologna                                                |
| insegnamento                                                                                                                           | ALR dell'Arto Inferiore                                |
| a.a...2024-2025.....                                                                                                                   | Ore docenza complessive ... 3h                         |
| Nell'ambito del corso di                                                                                                               | Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione |
| Presso la Facoltà di                                                                                                                   | Medicina e Chirurgia                                   |
| Università di                                                                                                                          | Bologna                                                |
| insegnamento                                                                                                                           | ALR dell'Arto Inferiore                                |
| a.a...2025-2026.....                                                                                                                   | Ore docenza complessive ... 3h                         |
| Nell'ambito del corso di                                                                                                               |                                                        |
| Presso la Facoltà di                                                                                                                   |                                                        |
| Università di                                                                                                                          |                                                        |
| insegnamento                                                                                                                           |                                                        |
| a.a.....                                                                                                                               | Ore docenza complessive ...                            |
| (duplicare riquadro in caso di necessità)                                                                                              |                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>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</b> |                                        |
| 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)                                                                                                                                                                                           |                                        |

|                                                                                                   |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Di aver conseguito i seguenti titoli: master, corsi di perfezionamento universitari ecc...</b> |                                             |
| Titolo del corso                                                                                  | Master di II livello in Anestesia Ostetrica |
| Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.)                                                          | Scuola FESOA, Roma                          |

|                                                                          |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Dal... <del>ottobre 2017</del> ..... al... <del>ottobre 2019</del> ..... |                                          |
| Data conseguimento titolo                                                | 11 Ottobre 2019                          |
| Titolo del corso                                                         | Master in Managment per Direzione di UOC |
| Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.)                                 | Università Telematica E-Campus           |
| Dal..08/01/2026..... al...in corso.....                                  |                                          |
| Data conseguimento titolo                                                | Ancora in corso di svolgimento,          |
|                                                                          | sostenuti con successo i primi 2 esami   |
| 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));**

Early tracheostomy following lung transplantation. Transplant Proc.2011 May;43(4):1151-5

Feltracco P, Milevoj M, Alberti V, Carollo C, Michieletto E

**A prospective randomised controlled trial of the LMA Supreme vs Spritztube tracheal cannula in anesthetized adult patients. (Abstract)**

De Rosa S, Messina A, Piccolo A, Bigobello A, Alberti V, Boni F, Gasparinetti P

(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 svolgimento      | Crediti ECM (se previsti) |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|---------------------------|---------------------------|
| ULSS 8 Berica               | Corso di ALR in Ortopedia (Docente ed Organizzatore)                                                                                  | 07-08/05/2019 | 12 h | Ospedale San Bortolo (VI) |                           |
| Fragility Fracture Network  | La valutazione pre-op del pz anziano fragile con frattura di femore (relatore)                                                        | 01/10/2019    | 8h   | Ospedale di Baggiovara    | 7,2 ECM                   |
| SIAARTI                     | Anestesista ed Ortopedico: una coppia di Inseparabili (Resp. Scientifico)                                                             | 27/11/2021    | 8 h  | VIEST Hotel Vicenza       | 7 ECM                     |
| ESRA Italia                 | Workshop ALR arto superiore (docente tutor)                                                                                           | 17-19/11/2022 | 22h  | Hotel Giò Jazz Perugia    | 8 ECM                     |
| New Targets 16h Edition     | Six Blocks for life (relatore)                                                                                                        | 17/09/2022    | 8 h  | Pordenone Fiera           | 7 ECM                     |
| New Targets 16h Edition     | Workshop su ALR arto superiore (docente)                                                                                              | 16/09/2022    | 4 h  | Pordenone Fiera           |                           |
| New Targets 18h Edition     | Sicurezza in Anestesia Locoregionale (relatore)                                                                                       | 14/09/2024    | 8 h  | Pordenone fiera           | 7 ECM                     |
| Istituto Ortopedico Rizzoli | Impatto dell'anestesia sul Delirium nel pz anziano fragile (relatore)                                                                 | 15-16/10/2025 | 4 h  | Aula Marchetti (IOR)      | 10 ECM                    |
| SIAARTI                     | L'altra metà del telo (relatore)                                                                                                      | 11/04/2026    | 8 h  | Aula Campanacci (IOR)     | 6 ECM                     |
| Nursing Round               | Infezioni in chirurgia vertebrale: le competenze dell'anestesista (relatore)                                                          | 22/05/2026    | 8 h  | Aula Campanacci (IOR)     | 14 ECM                    |
| SIAARTI                     | Corso ALR: il ruolo dell'ALR nei percorsi clinici (relatore e tutor nella parte pratica)                                              | 6-7/07/2026   | 10 h | sede SIAARTI Roma         | 11.5 ECM                  |
| ULSS 8 Berica               | Responsabile della formazione aziendale per un triennio ed organizzatrice di diversi eventi sempre nell'ambito anestesia in ortopedia |               |      |                           |                           |

(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 di svolgimento | Crediti ECM (se previsti) |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|-------|----------------------|---------------------------|
| cure palliative e terapia del dolore regione Veneto | IV Riunione                                             | 5-6/05/2006   | 10 h  | Cittadella           |                           |
| Dipartimento Pediatria Padova                       | Corso di Rianimazione in sala parto del neonato critico | 23-24/09/2009 | 10 h  | Padova               |                           |
| SIAARTI                                             | 64 Congresso SIAARTI                                    | 13-16/10/2010 | 4 gg. | Parma                |                           |
|                                                     | Congresso nazionale sull'ipotermia                      | 21/10/2011    | 8h    | Verona               |                           |

|                     |            |                                                |               |     |          |  |
|---------------------|------------|------------------------------------------------|---------------|-----|----------|--|
| Istituto<br>Rizzoli |            | urgenze in ambito ped.                         | 12/11/2011    | 8h  | Trieste  |  |
|                     |            | Tromboelastogramma                             | 1-2/12/2011   | 12  | Milano   |  |
|                     |            | Soccorso e scena del<br>crimine: problematiche | 19/05/2012    | 8h  | Modena   |  |
|                     | Ortopedico | ALR ed accessi<br>vascolari ecoguidati         | 18-19/06/2012 | 12h | Bologna  |  |
|                     |            | Patologia dell'aorta<br>toracica :trattamento  | 02/02/2013    | 8h  | Camisano |  |

(duplicare righe in caso di necessità)

01/07/2026

(data)