

**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 INFANZIA ADOLESCENZA FAMIGLIA E CONSULTORI** del Distretto 1 Bassano (profilo professionale: **MEDICI** - disciplina: **Neuropsichiatria Infantile** - Area Medica e delle Specialità Mediche o profilo professionale: **MEDICI** - disciplina: **Ginecologia e Ostetricia** - Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche o profilo professionale: **PSICOLOGI** - disciplina: **Psicologia** o disciplina: **Psicoterapia** - Area di Psicologia) di cui al Bando n. **152/2023**.

Il/La sottoscritto/a	Cognome MORANO.....	Nome DANILA.....
----------------------	------------------------	---------------------

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>	.Laurea in Medicina e Chirurgia
<b>conseguita in data</b>	.29/10/1997...
<b>presso l'Università degli Studi di</b>	.FERRARA...
(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)	
Riconoscimento a cura di .....	
in data.....	
(duplicare riquadro in caso di necessità)	

<b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei</b>	.MEDICI ED ODONTOIATRI
<b>della provincia di</b>	.FERRARA..
<b>dal</b>	.15/09/1998.
<b>numero d'iscrizione</b>	.3646.....

<b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b>	
<b>Specializzazione in</b>	.....Ginecologia ed Ostetricia
<b>conseguita in data</b>	..... 16/10/2002
<b>presso l'Università degli Studi di</b>	..... FERRARA
<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)	
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>	
<b>Profilo professionale</b>	.DIRIGENTE MEDICO
<b>Disciplina</b>	.Ginecologia ed Ostetricia

Presso (Azienda, Ente, ecc.)	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	VIA ALDO MORO 8
Dal 29/03/2006 al 21/10/2010	con rapporto a tempo <input checked="" type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... per PROSECUZIONE INCARICO CON TEMPO INDETERMINATO	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Dal 21/10/2010 al CONTINUA	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 type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Profilo professionale	DIRIGENTE MEDICO
Disciplina	Ginecologia ed Ostetricia
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	VIA ALDO MORO 8
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 ...)
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 ...)
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 ..... per .....	e orario <input 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	GINECOLOGIA ED OSTETRICA
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	CONSULTORIO FAMILIARE AZIENDA USLL 9 ED AZIENDA USLL 17 REGIONE VENETO
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal FEBBRAIO al MARZO 2003	con impegno settimanale pari a ore 16 ORE (8+8)
Nella branca di	HONORARY SONOGRAPHER FETAL MEDICINE FOUNDATION
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	KINGS COLLEGE HOSPITAL
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	HARRIS BIRTHRIGHT CENTRE
Dal 23/03/2011 al 26/08/2011	con impegno settimanale pari a ore 10
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	DIRIGENTE MEDICO IN COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	AZIENDA USL 22 , REGIONE LOMBARDIA
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	PRESIDIO OSPEDALIERO DESTRA SECCHIA , PIEVE DI CORIANO
Dal 01/01/2003 al 14/04/2005	con impegno settimanale pari a ore 38
Profilo/Mansione/Progetto	DIRIGENTE MEDICO COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	CORSO GIOVECCA 203, 44121 FERRARA

Dal...26/05/2005..... al...31/03/2006.....	con impegno settimanale pari a ore 38
	PROSEGUITO POI CON TEMPO INDETERMINATO
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal...29/..... 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	RESPONSABILE UNITA' OPERATIVA SEMPLICE BLOCCO PARTO
Denominazione Struttura di appartenenza	UNITA' OPERATIVA DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	VIA ALDO MORO 8
Dal...16/07/2018.. al....CONTINUA....	

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	CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
Presso la Facoltà di	MEDICINA E CHIRURGIA
Università di	FERRARA
insegnamento	PATOLOGIA OSTETRICA, MEDICINA PERINATAE E PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE
a.a...DAL 2007.AL 2011.....	Ore docenza complessive 8 PER aa

Nell'ambito del corso di	CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
Presso la Facoltà di	MEDICINA E CHIRURGIA
Università di	FERRARA
insegnamento	FISIOPATOLOGIA DEL PUERPERIO
a.a DAL 2012 AL OGGI.....	Ore docenza complessive ... 8 PER aa

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	CENTRO CARDIOVASCOLARE E.MALAN , ISTITUTO POLICLINICO SAN DONATO
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	CENTRO DI ECOCARDIOGRAFIA FETALE
Indirizzo (sede Azienda ,Ente, ecc.)	VIA MORANDI 30, MILANO
Dal.....01/01/2015..... al.....31/12/2015.....	con impegno settimanale pari a ore 8.

Struttura	CLINICA MANGIAGALLI ,OSPEDALE POLICLINICO DI MILANO
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	DIAGNOSI PRENATALE E TERAPIA FETALE

Indirizzo (sede Azienda ,Ente, ecc.)	
Dal. 01/01/2012..... al...31/12/2012.....	con impegno settimanale pari a ore 8..
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 SECONDO LIVELLO IN ECONOMIA E MANAGEMENT DEI SERVIZI SANITARI
Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.)	UNIVERSITA' DI FERRARA
Dal.....2008..... al...DURATA LEGALE 1 ANNO	
Data conseguimento titolo	25/02/2008
Titolo del corso	DOTTORATO DI RICERCA IN BIOTECNOLOGIE DELLO SVILUPPO E DELLA RIPRODUZIONE
Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.)	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA
Dal.....2008..... al...DURATA LEGALE 3 ANNI	
Data conseguimento titolo	23/05/2008
Titolo del corso	MASTER DI SECONDO LIVELLO MEDICINA MATERNO FETALE
Presso (Università, Azienda, Ente, ecc.)	UNIVERSITA' DI TORINO
Dal.....2016..... al...DURATA LEGALE 1 ANNO	
Data conseguimento titolo	23/05/2016
(duplicare riquadro in caso di necessità)	
TITOLO DEL CORSO	MASTER INTERNATIONAL IN FETAL-MATERNAL MEDICINE
DATA CONSEGUIMENTO TITOLO	16/09/2019 , DURATA LEGALE 1 ANNO
	UNIVERSITA' DI BARCELONA ( SPAGNA)

<b>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));</b>	
AUTORE /COAUTORE DI 52 PUBBLICAZIONI DISPONIBILI SU MEDLINE , IMPACT FACTOR 16	
SI ALLEGA ESTRATTO DI 10 PUBBLICAZIONI IN PDF	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>Di aver partecipato quale RELATORE, DOCENTE, MODERATORE, RESPONSABILE SCIENTIFICO ecc.. ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)</b>					
Ente organizzatore	Titolo del corso	Periodo	Ore	Luogo di svolgimento	Crediti ECM (se previsti)
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA	PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA	9/2/2024	10	FERARRA	8

