

**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 SERVIZIO DI PREVENZIONE, IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO** del Dipartimento di Prevenzione, profilo professionale: **MEDICI - disciplina: Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (Area di Sanità Pubblica)** di cui al Bando n. **20/2022**.

II/La sottoscritto/a	Cognome ...PAVANATI..... .....	Nome .....LUCIA..... .....
----------------------	--------------------------------------	----------------------------------

--	--

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>
<i>conseguita in data</i>	<b>11/11/1987.....</b>
<i>presso l'Università degli Studi di</i>	<b>PADOVA.....</b>

(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>	<b>MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI .....</b>
<i>della provincia di</i>	<b>VICENZA.....</b>
<i>dal</i>	<b>14/01/1988.....</b>
<i>numero d'iscrizione</i>	<b>3780.....</b>

**di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:**

<i>Specializzazione in</i>	.....
<i>conseguita in data</i>	.....
<i>presso l'Università degli Studi di</i>	.....

<i>Specializzazione in</i>	.....
<i>conseguita in data</i>	.....
<i>presso l'Università degli Studi di</i>	.....

<i>Specializzazione in</i>	.....
<i>conseguita in data</i>	.....
<i>presso l'Università degli Studi di</i>	.....

(In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)

Riconoscimento a cura di .....  
in data .....

**di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:**

<i>Profilo professionale</i>	<b>ASSISTENTE MEDICO.....</b>
<i>Disciplina</i>	<b>SETTORE IGIENE PUBBLICA.....</b>
<i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i>	<b>ULSS34 ARZIGNANO.....</b>
<i>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</i>	<b>Via TRENTO ARZIGNANO.....</b>
<i>Dal 14/01/1991.. al 13/07/1991.....</i>	<b>con rapporto a tempo <input checked="" type="checkbox"/> determinato</b>

	<input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input checked="" type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<b>Profilo professionale</b>	<b>ASSISTENTE MEDICO .....</b>
<b>Disciplina</b>	<b>SETTORE IGIENE PUBBLICA .....</b>
<b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>ULSS34 ARZIGNANO .....</b>
<b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>Via TRENTO ARZIGNANO .....</b>
<b>Dal ...10/02/1992..... al ...19/01/1993.....</b>	con rapporto a tempo <input checked="" type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)

<b>Profilo professionale</b>	<b>ASSISTENTE MEDICO medicina del lavoro.....</b>
<b>Disciplina</b>	<b>SETTORE IGIENE PUBBLICA</b>
<b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>ULSS 7 VALDAGNO .....</b>
<b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>Via GALILEI VALDAGNO.....</b>
<b>Dal ...10/01/1994..... al ...31/12/1994.....</b>	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input checked="" type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)

<b>Profilo professionale</b>	<b>DIRIGENTE MEDICO .....</b>
<b>Disciplina</b>	<b>SPISAL.....</b>
<b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>ULSS 5 ARZIGNANO .....</b>
<b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>Via TRENTO ARZIGNANO</b>
<b>Dal ...01/01/1995..... al ...30/06/2008.....</b>	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input checked="" type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)

<b>Profilo professionale</b>	<b>DIRIGENTE MEDICO .....</b>
<b>Disciplina</b>	<b>SPISAL.....</b>
<b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>ULSS 4 ALTOVICENTINO .....</b>
<b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>Via RASA THIENE</b>
<b>Dal ...01/07/2008..... al ...</b>	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input checked="" type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)

<b>Profilo professionale</b>	<b>DIRIGENTE MEDICO .....</b>
<b>Disciplina</b>	<b>SPISAL</b>
<b>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>AULSS7 PEDEMONTANA .....</b>
<b>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</b>	<b>Via dei Lotti 40 BASSANO del GRAPPA.....</b>
<b>A TUTT' OGGI.....</b>	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input checked="" type="checkbox"/> indeterminato e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore....)

--	--

(

**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	INCARICO PROFESSIONALE SPECIALISTICO (CS2)
Denominazione Struttura di appartenenza	SPISAL
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	ULSS4 ALTOVICENTINO
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	VIA RASA THIENE
Dal...01/12/2012.....	
al...30/11/2015.....	
Tipologia di incarico	INCARICO PROFESSIONALE SPECIALISTICO (CS2)
Denominazione Struttura di appartenenza	SPISAL
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	ULSS4 ALTOVICENTINO
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	VIA RASA THIENE
Dal...01/12/2015.....	
al...30/11/2018.....	
Tipologia di incarico	DIRETTORE F.F.
Denominazione Struttura di appartenenza	SPISAL
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	ULSS4 ALTOVICENTINO/ AULSS7 PEDEMONTANA
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	VIA RASA THIENE
Dal.....20/07/2015.....	
al.....31/08/2018.....	
Tipologia di incarico	INCARICO PROFESSIONALE ALTA SPECIALIZZAZIONE IGIENE DEL LAVORO (C2)
Denominazione Struttura di appartenenza	SPISAL)
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	AULSS7 PEDEMONTANA
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	VIA dei LOTTI 40 BASSANO DEL GRAPPA
Dal.....29/05/2019.....	
al.....30/10/2019.....	
Tipologia di incarico	RESPONSABILE U.O.S. MEDICINA del LAVORO
Denominazione Struttura di appartenenza	SPISAL
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	AULSS7 PEDEMONTANA
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	VIA dei LOTTI 40 BASSANO DEL GRAPPA
Dal.....30/10/2019.....	
al.....30/11/2022.....	

**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)
ALLEGA COME DOCUMENTAZIONE QUANTO PRESENTE NEL PORTFOLIO FORMAZIONE DELL'AULSS7 PEDEMONTANA SCARICATO TRAMITE PASSWORD PERSONALE						

04/07/2022  
(data)