

CURRICULUM PROFESSIONALE EX ART. 8 D.P.R. N. 484/1997

Il/la sottoscritto/a MARCO LANNI

"omissis"

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità:

di essere in possesso della Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA
conseguita in data 19/03/2001
presso l'Università degli Studi di PERUGIA
(duplicare il riquadro in caso di necessità)

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di COMO
n° di iscrizione 5458

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

- 1) Disciplina: CHIRURGIA GENERALE
conseguito in data 01/11/2007 presso l'Università di PERUGIA
ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☒ durata anni 5 e 1
- 2) Disciplina:
conseguito in data presso l'Università di
ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale):

denominazione Ente..... ASL VALLECAMONICA - SERINO
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di BRENO (BS) via NISSOLINA n. 2

profilo/mansione/progetto GUARDIE MEDICHE DI PRONTO SOCCORSO H. DI ESINE (BS)

dal 01/04/2008 al 31/05/2008 (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore QUARANTA

motivo interruzione o causa di risoluzione ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver effettuato attività di frequenza volontaria:

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Soggiorni di studio/addestramento:

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

dal al (Indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente ASL VAUCAMONICA - SERINO
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di BOLERO (BS) via MISSOLINA n. 2

profilo professionale DIRIGENTE MEDICO disciplina U.O. MEDICINA e CHIRURGIA

dal 01/06/2008 al 31/07/2009 (indicare giorno/mese/anno) ACCETTAZIONE E D'URGENZA

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☒ determinato

☐ indeterminato

☐ a tempo pieno

☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

causa risoluzione rapporto TRASFERIMENTO PRESSO U.O. CHIRURGIA GENERALE

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

nella branca di

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente ASL VALCAHONICA - SOBRINO
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di Paleno (BS) via MISSOLINA n. 2

profilo professionale INFERMIERE MEDICO disciplina CHIRURGIA DELTA GINECOLOGIA

dal 01/08/2009 al 31/12/2010 (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto ☒ determinato ☐ indeterminato
☒ a tempo pieno ☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)
per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)
per motivi

causa risoluzione rapporto ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO PRESSO PRONTO SOCCORSO
H. DI ESINE E EDUO ASST VALCAHONICA
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

nella branca di

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente..... ASST VAL CAMONICA
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di MILANO via MISSO LINA n. 2

profilo professionale MTU/LEME MEMCO disciplina V.O. Dr. PRONTO SOCCORSO
dal 01/01/2011 al 28/02/2018 (indicare giorno/mese/anno)
dal al (indicare giorno/mese/anno)
dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto ☐ determinato ☒ indeterminato
☒ a tempo pieno ☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)
per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)
per motivi

causa risoluzione rapporto TRASFERIMENTO IN MOBILITA' PRESSO ASST LAMIANA

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

nella branca di
dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente ASST LAMIANA

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via NAPOLEONA n. 60

profilo professionale MILLENTE MEDICO disciplina V.O. PRIMO SOCCORSO

dal 01/03/2018 al 17/04/2020 (indicare giorno/mese/anno) PIÙSSO H. SANT'ANNA - SAN

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☐ determinato

☒ indeterminato

☒ a tempo pieno

☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

causa risoluzione rapporto ME DIMISSIONI

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

nella branca di

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente ASST LANANA

(Indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o Istituto privato convenzionato o privato)

di COMO

via NAPOLITANA

n. 60

profilo professionale PIU' GENITE MEDICO

disciplina U.D. PRONTO SOCCORSO

dal 01/08/2020 al 01/11/2022 (Indicare giorno/mese/anno)

PIU' GENITE H. SANT'ANNA - S. PETERO

dal 02/11/2022 al TUTT'OGGI (Indicare giorno/mese/anno)

PIU' GENITE H. S. ANTONIO ABATE - CANTU'

dal al (Indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☐ determinato

☒ indeterminato IN RAPPORTO EXTRA MOENIA

☒ a tempo pieno

☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (Indicare giorno/mese/anno)

per motivi

dal al (Indicare giorno/mese/anno)

per motivi

causa risoluzione rapporto

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente

(Indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o Istituto privato convenzionato o privato)

di

via

n.

nella branca di

dal

al

(Indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Ambiti di autonomia professionale (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...):

tipologia di incarico... DIALETTA SPECIALIZZAZIONE DAL TITOLO "PRETENDENTE OSPEDALE -
dal 2021 al 31/10/2022 TERRITORIO"

presso... U.O. DI PRONTO SOCCORSO H. SANT'ANNA DI COMO - S. PIERO DELLA BATTAGLIA

descrizione attività svolta... PREDISPOSIZIONE E REALIZZAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPIUTICI
ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI - ED OSPEDALIE - TERRITORIO PER ACCETTAZIONE E DIMISSIONI
ELABORAZIONE DI PROGETTI INNOVATIVI CON IMPLEMENTAZIONE DI PROTOCOLLI CON
INTENTO DI DIMINUIRE I TEMPI DI ATTESA E TEMPI DI ACCETTAZIONE E DIMISSIONE

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dal al

presso.....

contenuti del corso.....

dal al

presso.....

contenuti del corso.....

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario - esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi):

presso.....nell'ambito del

Corso di

insegnamento a.a.

ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Ambiti di autonomia professionale (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...):

tipologia di incarico... DI FACENTE FUNZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA PRONTO SOCCORSO - OSPEDALE

dal 08/02/2023 al TUTT'OGGI

presso U.O. PRONTO SOCCORSO - OSPEDALE S. ANDRÈA ABAZE - CANTÙ (CO)

descrizione attività svolta

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dal al

presso.....

contenuti del corso.....

dal al

presso.....

contenuti del corso.....

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario - esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi):

presso.....nell'ambito del

Corso di

insegnamentoa.a.

ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) riferiti all'ultimo decennio:

1 -
.....
.....

2 -
.....
.....

3 -
.....
.....

4 -
.....
.....

5 -
.....
.....

6 -
.....
.....

7 -
.....
.....

8 -
.....
.....

9 -
.....
.....

10 -
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) riferiti all'ultimo decennio:

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)


Altre attività

(duplicare le righe se insufficienti)

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679. In particolare dichiara di essere a conoscenza che, prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale.

SANT'EMILIO DELLE BOSCHIE, li 11/04/2023

Il/La dichiarante



"omissis"