

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 MEDECINA E CHIRURGIA

conseguita in data 19/03/2001

presso l'Università degli Studi di MILANO

(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 07/11/2007 presso l'Università di MILANO

ai sensi del

DLgs 257/1991 ☐

DLgs 368/1999 ☒

durata anni SEI

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 ..... SERINO (BS) ..... via ..... NISSOLINA ..... n. 2 .....

profilo/mansione/progetto ..... QUANTO MEDICHE DI PIANO SOCCORSO H/DI ESIME (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 VARESE - SEBINO  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di PARONO (PS) via MESSOLINA n. 2

profilo professionale DIAGNOSI MEDICA 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 - SESTO  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di Bolzano (BS) via M. Solina n. 2

profilo professionale MM. GEN. MEDICO disciplina CHIRURGIA GENERALE

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

di PIRENO via NISSO LINA n. 2

profilo professionale INFERMIERE MEDICO disciplina U.O. DI 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 LARIANA

(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 LAMANA

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

di COMO via NAPOLEONA n. 60

profilo professionale INFERMIERE MEDICO disciplina U.O. PRONTO SOCCORSO

dal 01/03/2018 al 17/06/2020 (indicare giorno/mese/anno) PLESSO 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 FINE 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 LANIANA  
(Indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via NAPOLEONA n. 60

profilo professionale INGEGNERE MEDICO disciplina U.O. PRONTO SOCCORSO

dal 01/08/2020 al 01/11/2022 (indicare giorno/mese/anno) PIRESSO H. SANT'ANNA - S. FERMO

dal 02/11/2022 al TUTT'OGGI (indicare giorno/mese/anno) PIRESSO H. S. ANTONIO ABAFE - CANTÙ

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☐ determinato

☒ indeterminato IN APPALTO EXTRAORDINARIA

☒ 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... DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DAL TITOLO "PRETENDENTE OSPEDALE - TERRITORIO"

dal 2021 al 31/10/2022

presso V.O. DI PRONTO SOCCORSO H. SANT'ANNA DI COHO - S. PIERO DELLA BATTAGLIA

descrizione attività svolta... PREDISPOSIZIONE E REALIZZAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPIUTICI ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI - ED OSPEDALE - TERRITORIO PER ACCETTAZIONE E DIMISSIONI ELABORAZIONE DI PROGETTI ASSISTENZIALI 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... V.O. PRONTO SOCCORSO - OSPEDALE S. ANDRINO 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 .....

insegnamento .....

a.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)*

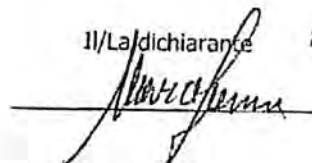
**Altre attività**

*(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"