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

Il/la sottoscritto/a MARI ROBERTO

nato/a il 2-11-59 **a** LODI BR **(prov. di** CO **)**

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

conseguita in data 20-9-85

presso l'Università degli Studi di PAVIA

(duplicare il riquadro in caso di necessità)

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di COMO

n° di iscrizione 3891

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

1) Disciplina: MED. INTERNA

conseguito in data 11-7-94 presso l'Università di MILANO

ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni 4

2) Disciplina: PATOLOGIA CLINICA

conseguito in data 14-6-90 presso l'Università di PAVIA

ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni 4

3) ONCOLOGIA MEDICA.

CONSEGUITO IN DATA 30-10-07

PRESSO UNIV DI ~~PAVIA~~ PARMA

DURATA ANNI 4

ASST LARIANA ed ONLUS CONFUSI

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente AO-S ANNA ed ONLUS CONFUSI
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via NAPOLEONA n. 60

profilo professionale ASS. MEDICINA/LAVORO **disciplina** MEDICINA GENERALE

dal 25-5-96 al 10-8-97 (indicare giorno/mese/anno)
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto determinato (a tempo pieno) indeterminato
con impegno ridotto, ore ..... settimanali

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

dal 16-8-95 al 5-11-95 (indicare giorno/mese/anno)
per motivi INFERTILITÀ ANNO SANTO

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)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente AO. SANNA ed enti contenuti
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via NAPOLEONA n. 60

profilo professionale DIR AMM INF **disciplina** AMM INFERMIERISTICA

dal 11-8-97 al 30-6-98 (indicare giorno/mese/anno)
dal 1-7-98 al OGGI (indicare giorno/mese/anno)
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto determinato (a tempo pieno) indeterminato
con impegno ridotto, ore ..... settimanali

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

dal 1-8-10 al 31-7-11 (indicare giorno/mese/anno)
per motivi INVALIDO PRESSO ALTRO ENTE

dal 1-8-2008 al 21-11-08 (indicare giorno/mese/anno)
per motivi INVALIDO ALTRO ENTE

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)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente AO. S. ANNA ex osp. riuniti
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via NAPOLEONA n. 60

profilo professionale DIR. MEDICO INTERNO. **disciplina** MED. INTERNA.
dal 6-11-95 al 24-5-96 (indicare giorno/mese/anno)
dal .... al .... (indicare giorno/mese/anno)
dal .... al .... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto determinato indeterminato
a tempo pieno (circled) 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)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente AO S ANNA DO GATI – CONFORTI
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di CORO via NAPOLEONA n. .....

profilo professionale 155. MEDICINA CONSERVA **disciplina** MEDICINA (TP)

dal 1-4-92 al 31-12-94 (indicare giorno/mese/anno)
dal 1-1-95 al 5-1-95 (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 .....

(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 PMP - ASST - Como
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ..... via ..... n. .....

profilo professionale ASS. Medico UP3 **disciplina** LABORATORIO

dal 12-3-91 al 31-3-92 (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 .....

(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… INCARICO PROFESSIONALE DI BASE

dal 1.3.91 al 06.01

presso… ASST. CAMUNA ed ENTI CONNESSI

descrizione attività svolta… ATTIVITÀ AMBULATORIALE E DEGENZIALE

RIGUARDO ALLE MALATTIE INFETTIVE.

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dal NOV 2001 al 25-2-2002

presso… UNIV. PAVIA

contenuti del corso… FORMAZ. MANAGERIALE DIR. UNITÀ COMPLESSA

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… UNIV. INSUBRIA VARESE …nell'ambito del

Corso di … LAUREA IN SCIENZE MOTORIE

insegnamento … FISIOPATOLOGIA MEDICA (°) …a.a. 2008/2009

ore docenza …24 COMPLESSIVE…(specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

(°) CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA PATOGENESI DELLE MALATTIE INFETTIVE

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 UNIV - INSUBRIA - VARESE nell'ambito del

Corso di LAUREA SCUOLA MEDICO

insegnamento FISIOPATOLOGIA MODICA a.a. 2009/2010

ore docenza 24 COMPLESSIVE (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

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 UNIV. INSUBRIA VARESE nell'ambito del

Corso di LAUREA SCUOLA MEDICO

insegnamento FISIOPATOLOGIA MODICA a.a. 2010/2011

ore docenza 24 COMPLESSIVE (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

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 UNIV - INSUBRIA VARESE nell'ambito del

Corso di LAUREA SCUOLA MEDICO

insegnamento FISIOPATOLOGIA MODICA a.a. 2011/2012

ore docenza 24 COMPLESSIVE (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

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):

nell'ambito del

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 UNIV - INSUBRIA VARESE ..... nell'ambito del

Corso di LAUREA SCIENZE MOTORIE .....

insegnamento FISIOPATOLOGIA MEDICA ..... a.a. 2012/2013

ore docenza 24 COMPLESSIVE ..... (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

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 UNIV INSUBRIA VARESE ..... nell'ambito del

Corso di LAUREA IN INFORMATICA .....

insegnamento MAT. INFORMATICA ..... a.a. 2014/2015

ore docenza 20 COMPLESSIVE ..... (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

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 ..... a.a. .....

insegnamento ..... (specificare se complessive o settimanali)

ore docenza .....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

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):

nell'ambito del

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

1 - CANDIDEMIA IN HOSPITAL - 1997 - 2011 . MAURI et AL
ECCMID 22 LONDON 2012

2 - PREVALENZA IPOVITAMINOSI D .... MAURI et AL
SIMIT - CHIETI OTTOBRE 2012

3 - EPIDEMIOLOGIA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA CANDIDA - SENSIBILITÀ AI FARMACI AZOLICI - MAURI et AL SIMIT MILANO 2013

4 - INCREASE OF KPC INFECTION AD ROLE OF GASTROINTESTINAL - SCREENING - MAURI et AL
AMIT MILANO 2013

5 - CARBAPENEM. RESISTANT K. PNEUMONIAE. TIME ROLE IN - SURVEILLANCE ... MAURI et AL
26th ECCMID BARCELLONA 2014

6 - INCIDENZA INFEZIONE DA C DIFFICILE E FATTORI DI RISCHIO .... MAURI et AL
SIMIT GENOVA 2014

7 - COLONIZZAZIONE INTESTINALE DA K PNEUMONIAE PRODUTTORE DI CARBAPENEMASI ....
MAURI et AL - SIMIT CATANIA 2015

8 - SURVEILLANCE OF CARBAPENEMASE PRODUCING ENTEROBACTERIACEE ... MAURI et AL
ECCMID AMSTERDAM 2016

9 - KLEBSIELLA PNEUMONIAE CARBAPENEMASI ....
MAURI et al - AMIT MILANO 2017

10 - SURVEILLANCE OF CARBAPENEMASE PRODUCING K.P. ... MAURI et AL - ECCMID 27th
VIENNA 2017

(duplicare le righe se insufficienti)

11) EPIDEMIOLOGIA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA CANDIDA ... SIMIT SALERNO 2012
MAURI et AL

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
OSP. DI LEGNANO	AGGIORNAMENTO LEGGE 135/90	26-10-15 1-12-15		LEGNANO	36
" " "	" "	24-10-16 14-12-16		"	36
UNIV. PAVIA	XVII CORSO [illegible]	12-13 GIUGNO 2014		PAVIA	—
[illegible]	ICAR. 2013	13-5-13 13-5-13		TORINO	—
SIMIT.	10° CONGRESSO SIMIT.	5-10-11 8-10-11		LA MADDALENA	—
ECCMID.	22° ECCMID.	31-3-12 3-4-12		LONDRA	
ACCP.	8th ACCP.	7-11-13 8-11-13		PORTOFINO	
MURREX	XVII CORSO AVANZATO 2014	12-6-14 13-6-14		PAVIA	13,5
SPMO.	CORSO FORMAZIONE DI BASE 2015	17-9-15 18-9-15		RESIA	15,2
~~IL CONSULENTE INFETTIVOLOGO~~					
TMT. SRL	IL CONSULENTE INFETTIVOLOGO	15-10-14		MONTANO LUCINO	
STUDIO CONGRESSI	HOT. TOPICS. 2018	19-5-18		COMO	
SIMIT.	XVI CONGRESSO SIMIT - SALERNO	15-10-17 18-10-17		SALERNO	
ECCMID.	27th ECCMID	22-4-17 25-4-17		VIENNA	
SIVIM	4° CONGR. SIVIM 2010	5-5-10 7-5-10		MILANO	

(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

ESPERIENZA ULTRA-VENTENNALE RIGUARDO
AL TRATTAMENTO DELLA TBC
INFEZIONE DA HIV-HCV-HBV,
SORVEGLIANZA E TRATTAMENTO DELLE MDR
APPLICAZIONE LINEE GUIDA-
GESTIONE TERAPIA ANTIBIOTICA-
GESTIONE PAZIENTI RICOVERATI
E IN AMBULATORIO.
RIGUARDO AI MIGRANTI,
TOSSICODIPENDENTI, DETENUTI
E GESTIONE PROBLEMATICHE
NUTRIZIONALI NEI RICOVERATI

(duplicare le righe se insufficienti)

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196. 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.

COMO, li 4-6-18

Il/La dichiarante

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. "OMISSIS"

rilasciato il "OMISSIS" da "OMISSIS"