

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

Il/la sottoscritto/a Micucci Antonio

nato/a il 03/08/1956 a MATERA (prov. di MT)

**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 29/08/1983  
presso l'Università degli Studi di PADOVA  
(duplicare il riquadro in caso di necessità)

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di COMO  
n° di iscrizione 3497

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

1) Disciplina: ANESTESIA - RIANIMAZIONE  
conseguito in data 16/07/1986 presso l'Università di MILANO  
ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni 3

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 dipendenza:**

denominazione Ente..... USSL N° 18 MENAGGIO.....  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di OSPEDALE MENAGGIO via ..... n. ....  
profilo professionale ASSISTENTE MEDICO disciplina ANESTESIA - RIANIMAZIONE  
dal 17/10/1986 al 03/08/1988 (indicare giorno/mese/anno)  
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)  
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)  
A TEMPO DETERMINATO DAL 10/04/87 DI RUOLO

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 O.S.P. SANNA CONO

*(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..... Azienda Ospedaliera S. Anna EDEN con  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di C.O. No. via N. APOLEONA n. 60

profilo professionale ASSISTENTE MEDICO disciplina ANESTESIA - RIANIMAZIONE

dal 10/08/88 al 15/05/99 (indicare giorno/mese/anno)

dal 16/03/93 al 15/05/99 (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** AZIENDA OSP. P. AMMA ED ENI CONFLUITI  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via NASOLEONA n. 60  
**profilo professionale** AUTO CORR. O.S.P. **disciplina** ANESTESIA - RIANIMAZIONE  
dal 11/07/1992 al 15/03/1993 (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)*

**di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:**

denominazione Ente ASL DI COMO OSP. SANNA ED ENI CONFILITI  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via MASOLEONA n. 60

profilo professionale AUTO CORRESPOND. disciplina ANESTESIA - RIANIMAZIONE

dal 16/05/1993 al 31/12/1994 (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)*

**di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:**

**denominazione Ente** AZIENDA OSS. S. ANNA  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di CORO via NAZIONALE n. 60

**profilo professionale** DIRIGENTE MEDICO **disciplina** ANESTESIE SVS - RIANIMAZIONE

dal 01/01/1995 al 31/05/2002 (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 C/O OSPEDALE V. A. COCCO

*(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 OSIUDALE VALDUG

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

di CORO via DANTE n. 11

profilo professionale DIRIGENTE MEDICO disciplina ANESTESIA - RIANIMAZIONE

dal 01/06/2002 al 15/01/2004 (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 PRESSO OSP. S. ANNA

*(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 LADIANA ED ENTI CONFLUITI  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ASS. S. ANNA CORO via NAPOLITANA n. 60  
profilo professionale DIRIGENTE MEDICO disciplina ANESTESIA - RIANIMAZIONE  
dal 16/01/2004 al TUTT'OGGI (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..... ALTA PROFESSIONALITA'

dal 01/01/2006 al 30/03/2009

presso..... OSPEDALE S. ANNA

descrizione attività svolta disposizione di protocolli di trattamento per artrosi, artroplastica, endoprotesi, protesi, trattamento per la cura post operatoria, metodiche diagnostiche e tecniche di monitoraggio. Formazione specialistica del personale medico e infermieristico.

**(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 STRUTTURA SEMPLICE COORDINAMENTO AREA  
EMERGENZA EXTRA OSPEDALIERA  
dal 01/10/2008 al TUTTOGGI

presso OSO S.A.S.A

descrizione attività svolta Progetto integrazione clinico-operativa tra Pronto e  
Permanente di Assistenza. Riduzione della dipendenza di letto assistenziale. Elaborazione di  
un progetto condiviso con il P.S. e l'ente ospedaliero. Realizzazione del progetto. Accettazione di  
risultati di P.A. e cura infermieristica e riabilitativa. Recupero di personale che segue  
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia) nelle emergenze - urgenze.

**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..... DIRETTORE F.F. DI STRUTTURA COMPLESSA .....

dal 28/06/2018 al 31/08 AGOSTO 2019 .....

presso..... OSPEDALE S. ANNA U.O.C. ANESTESIA-RIANIMATION  
ASSI. LAURANA .....

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)**

**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... DIRETTORE E.F. DI STRUTTURA COMPLESSA

dal 24/10/2014 al TUTT'OGGI

presso U.O.C. ANESTESIA-RIANIMAZIONE, PRESIDIO  
OSPEDALIERO DI CANTÙ ASSI-LARIANA.

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

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

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

profilo/mansione/progetto .....

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

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o causa di risoluzione .....

**(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)**

**di aver effettuato attività di frequenza volontaria:**

denominazione Ente..... RESIDUO OSPEDALE DEI BAMBINI UMBERTO I  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato) BRESCIA

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

dal 16/X/1998 al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA  
**(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)** (Dott. BARALDI)

**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 lavoro autonomo** (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale):

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

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

profilo/mansione/progetto .....

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

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o causa di risoluzione .....

**(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)**

**di aver effettuato attività di frequenza volontaria:**

denominazione Ente ASCIENNA OSS. SALVINI GARBAGNATE.....  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di GARBAGNATE..... via FONLAMINI 111..... n. ....

dal 13/12/1993..... al 15/12/1993..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

**(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)**

TERAPIA DEL  
DOLORE (PROP. ZUCCH)

**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 lavoro autonomo** (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale):

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

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

profilo/mansione/progetto .....

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

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o causa di risoluzione .....

**(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)**

**di aver effettuato attività di frequenza volontaria:**

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

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

dal 1998 - 1999 al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore RIANIMAZIONE NEONATALE - RESUSCITAZIONE

**(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)**

*(non rimborsabile  
per attività volontaria  
e l'ottenimento di punteggio)*

**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 lavoro autonomo** (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale):

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

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

profilo/mansione/progetto .....

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

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o causa di risoluzione .....

**(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)**

**di aver effettuato attività di frequenza volontaria:**

denominazione Ente..... OSPEDALE LECCO (NEUROANESTESIA -  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato) NEUROANESTESIA

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

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

con impegno settimanale pari a ore ..... IN OCCASIONE DELL'ANNO DEL RELATTO  
DI N.C.H. C/O OSG. S. ANNA

**(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 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
ASST LARIANA	RIANIMAZ. NEON.	30/11/2016	15	S. ANNA	14
ASST LARIANA	ACLS ESECUTORE	24/11/2016	20	CANTÙ	16
ASST LARIANA	AGGIORN. IN ANESTESIA BLOCCO NEU. PER ELETROCARDIO	18/04/2011	8	S. ANNA	8
UNIV. PISA	FOCUS ON DIFFICULT-TO-TREAT INFECTIONS	05/10 → 06/10/2015		PISA	12,5
MILANO CONGR.	24° SPART	08/09/10 Milano 2013		MILANO	
ASL TO 2	CORSO PORTINARO PER INFEZIONI SIST. GENERALI IN ADEN CRICA	13/04/2011 15/04/2011		TORINO	14
MILANO CONGRESI	21° SPART	26/27/28 Milano 2010		MILANO	
TRIUMIA ECM	64° CONGRESSO NAZ SPART	13/10 → 14/10/2010		PARMA	3
AREU LOMB.	EPIS REGIONALE	13 OTTOBRE 2016		MILANO	
ASST. BERGAMO	CRITICAL ISSUES IN THE MANAGEMENT OF POLYTRAUMA PATIENTS	24/25/11/2014		BERGAMO	
ASST. LARIANA	CONOSCERE GLI ANTIDOTICI	17/10/2014		S. ANNA	
AREU LOMBARDIA	GESTIONE MAXIEMERGENZE	15/03/2018 → 19/03/2018		MILANO	
AREU LOMBARDIA	TRAUMA AVANZATO	14/12/2013 → 13/12/2013		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
AE-OSF. S. ANNA	MONITORAGGIO NEUROLOGICO INTENS.	11/10/2012	4	AULA FORMAZIONE	
AE-OSF. S. ANNA	GESTIONE DEL RISCHIO IN SALTA SARA	Nov. 2014	4	AULA FORMAZIONE	
AE-OSF. S. ANNA	GESTIONE DEL RISCHIO IN SALTA SARA	Nov. 2018	4	AULA FORMAZIONE	

(duplicare le righe se insufficienti)

**Altre attività**

PUBBLICAZIONI ANTECEDENTI IL 2010 :

- Contributo per gestione dell'emergenza e della sua valutazione  
DEI RIFLESSI PLASTICI DI ISOLAZIONE E CORRELAZIONE (ATTI CONGRESSO 1990)
- PROGNOSIS of head injury, medical and organizational  
factors (IX Meeting of the Italian - French Association of  
Neurosurgery and Intensive Care) Maggio 8-9 /1992 Genova (10)
- Ipotesi e incidenti umani di prima mano  
CENEC 8th international training course (1993)
- Le azioni volontarie dell'uomo e protocollo trattamento  
primario dell'ipotesi (CENEC 8th international training  
course) 1994
- Le prognosi nel trauma cranico  
Minerva Anestesiologica Volume 53 - n° 11 - NOVEMBRE 1993

(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 Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 e dal Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 (GDPR - General Data Protection Regulation). 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.

Com o \_\_\_\_\_, il 16/07/2010

Il/La dichiarante

Antonio M...

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

**Altre attività**

Ho recentemente in passato ho contribuito alla nascita delle C.O. del 118 commercio: ho partecipato all'attività territoriale del Sg. Uim 118 compiendo l'attività di elicottero e di VLU. Attualmente reg. con i regionali organizzati da A.R.E.U. Lombardia.

(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 Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 e dal Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 (GDPR - General Data Protection Regulation). 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 16/07/2015

Il/La dichiarante

Antonio Ricci

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_

"OMISSIS"

rilasciato il \_\_\_\_\_

"OMISSIS"

da \_\_\_\_\_

"OMISSIS"