

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

Il/la sottoscritto/a LORENZO PAOLO MORANARCO

nato/a il 7-10-1976 a GENOVA (prov. di GE)

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 16/12/2005
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 PAVIA
n° di iscrizione 8202

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

1) Disciplina: RADIOLOGICA
conseguito in data 29/10/2009 presso l'Università di PAVIA
ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni 4

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 IRCCS FONDAZIONE PIZZILLINICO S. MATEO PAVIA
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di PAVIA via PLE GOLGI
profilo professionale DIR. MED I LIVELLO disciplina RADIOLOGIA E NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA
dal 09/01/2012 al 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)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE MAGGIORE
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di CREMA via n.

profilo professionale DIR MED I LIVELLO disciplina RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

dal 06/2010 al 12/2011 (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 servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S. ANNA COMO
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via NAPOLEONA n.

profilo professionale DIR MED I LIVELLO disciplina RADIOLOGIA ENEURORADIOLOGIA

dal 12/2009 al 06/2010 (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

(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.....
(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)

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 ART. 27 COMMA 1 LETTERA C/CCNL 8/6/2000

dal 1/1/19 al → OGGI

presso IRCCS FONDAZIONE POLICLINICO S. MATEO PAULA

descrizione attività svolta UOS RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

(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 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAULA nell'ambito del

Corso di LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA / SPECIALITÀ RADIOLOGIA

Insegnamento RADIOLOGIA INTERVENTISTICA a.a. DAL 2016 AD OGGI

ore docenza MULTIPLE (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 - AORTOPULMONARY COLLATERAL ARTERY IN PRENATAL EXPOSURE TO CARBAMACEPINE – 5 MED CASE REP 2015; 9 (4) 183 –
- 2 - EMBOLIZATION: WHAT'S ON YOUR COIL TECHNOLOGY WISH LIST? ENDOVASCULAR TODAY APRIL 2015 – VOL 14 N° 4 –
- 3 - A COMPLETE EMBOLIZATION SYSTEM THE RUBY COIL AND RDS DEVICES ENDOVASCULAR TODAY APRIL 2015 – VOL 14 N° 4 –
- 4 - ENDOVASCULAR MANAGEMENT OF UPPER AND LOWER EXTREMITY VASCULAR TRAUMA ENDOVASCULAR TODAY SEPT 2014 VOL 13 N° 9
- 5 - A REFINEMENT OF HONG'S TECHNIQUE FOR THE REMOVAL OF STUCK DIALYSIS CATHETERS: AN EASY SOLUTION TO A COMPLEX PROBLEM. J VASC ACCESS 2014 MAY – JUN 13(3) 183-8
- 6 - DIALYSIS CATHETER-RELATED SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME WITH PATENT VENA CAVA KOREAN J RADIOLOG 2014 MAY – JUN 15(3) 364-9.
- 7 - NECK-TARGETED STAND ALONE COILING FOR SUCCESSFUL TREATMENT OF TYPE I ENDOLEAK FOLLOWING ENDOVASCULAR REPAIR VASC ENDOVASCULAR SURG 2014 JAN 7; 43(1): 61-4
- 8 - CHEMOTHERAPY AND SURGICAL APPROACH WITH REPEATED ENDOVASCULAR EMBOLIZATIONS: SAFE TREATMENT FOR KASABAH-MERRIT SYNDROME IN SMALL BABY. CASE REP ONCOL 2014 JAN 10; 7(4): 23-8
- 9 - PORTAL HYPERTENSION IN CHILDHOOD BILATERAL WILM'S TUMOR SURVIVOR: AN EXCELLENT INDICATION FOR TIPS CASE REPORT GASTROINTEST MED 2013 4; 2013 523-154
- 10 - UTERINE ARTERIOVENOUS MALFORMATION JOURNAL OF ULTRASOUND 2013; 16(4): 41-44

(duplicare le righe se insufficienti) + VEDI ALLEGATO 1

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

- 1- MINIMALLY INVASIVE PROCEDURE FOR REMOVAL OF INFECTED VENTRICULOATRIAL SHUNTS
ACTA NEUROCHIR (WIEN) 2021 FEB 163(2) 455-462
- 2- DURABILITY OF STENT-GRAFTS FOR RADIOCEPHALIC FISTULAS
JOURNAL OF ENDOVASCULAR THERAPY NOV. 18, 2019
- 3- MULTIVESSEL ENDOPASCULAR THERAPY FOR UNDIAGNOSED VASCULAR TYPE EHLER-DANLOS SYNDROME
BSR 2020 JUL 6, 6(4) 20200025
- 4- SAFETY AND EFFICACY OF VACUUM ASSISTED THROMBUS-ASPIRATION IN PATIENTS WITH ACUTE LOWER ISCHAEMIA: THE INDIAN TRIAL
S. EJSVS. 2021. 01.004 EPUB. 2021 FEB 27
- 5- THE COMBINED USE OF STENT RETRIEVER AND NEURO-ASPIRATION AS SUCCESSFUL BAIL-OUT REPERFUSION STRATEGY
CATH. CARDIOV. INTERV. 2019 AUG 4; 94(2): E78-81
- 6- TRANSJUGULAR BALLOON-ASSISTED RETROGRADE EPDM EMBOLIZATION OF A MAIN PULMONARY ARTERY DEFECT
S. VASC. INTERV. RADIOLOGY 2019 MAY; 30(5): 762-763
- 7- UNDER-DILATED TIPS ASSOCIATE WITH EFFICACY AND REDUCED ENCEPHALOPATHY IN A PROSPECTIVE NON RANDOMIZED STUDY OF PATIENTS WITH CIRRHOSIS
CLIN. GASTROENT. HEPATOLOGY 2018-16 1153-1162
- 8- PERCUTANEOUS TRANSCANASTOMOTIC STENT-GRAFT DEPLOYMENT TO SALVAGE DYSFUNCTIONAL NATIVE FOREARM R-C FISTULAE
S. VASC. INTERV. RADIOLOGY 2018 JUL 29; 985-992
- 9- STENT GRAFTS PROVIDED SUPERIOR PRIMARY PATECY FOR CENTRAL VENOUS STENOSIS TREATMENT IN COMPARISON WITH ANGIOPLASTY AND BARE METAL STENT. VASC. ENDOV. SURG. 2016 MAY; 50(4): 221-30
- 10- ONE STEP MINILAPAROTOMY-ASSISTED TRANSESENTERIC PORTAL VEIN RECANALIZATION COMBINED WITH TIPS PLACEMENT.
WORLD J. GASTROENTEROL. 2017 APR 21; 234-2318

(duplicare le righe se insufficienti)

+ VEDI ALLEGATO 1

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
VEITH SYMPOSIUM	VASCULAR AND ENDOVASCULAR ISSUES	19-23/11/2019		NEW YORK -USA-	
STEP 2018	PERCUTANEOUS EMBOLIZATION TECHNIQUES	8-9/6/2018		SAN PAOLO -BR-	
IESIR 2017	DAL LETTO DEL PAZIENTE ALLA SALA INTERVENTISTICA	10/11/11/2017		ROZZANO -MI-	
LINC	LEIPZIG INTERNATIONAL COURSE	26-27/1/2017		LEIPZIG -DE-	
EDUCARE	EMBOLIZATION TECHNIQUE TRAINING	16/01/2017		MILANO -MI-	
PAIRS 2017	PAIRS ANNUAL SCIENTIFIC CONGRESS	15/18/3/2017		DUBAI -UAE-	
CIRSE 2016	CIRSE 2016	10-14/9/2016		BARCELONA -SP-	
SIVEC	VASCULAR ENDOVASCULAR COURSE	5-7/9/2016		SIENA	

(duplicare le righe se insufficienti)

+ VEDI ALLEGATO 2

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
PENUMBRA	EMBOLIZATION SUMMIT	13-14/2/2020		CERVINIA	
VASCULAR CLUB	EMBOLIZZAZIONE	16-17/12/2019		TORINO	
CROSSMED	ADVANCE PERIPHERAL INTERVENTION WORKSHOP	17-18/9/2019		RIVOLTA D'ADDA	
PENUMBRA	STRASBOURG ANIMAL LAB	28/2-01/3/2019		STRASBURGO -FR-	
PENUMBRA	STRASBOURG ANIMAL LAB	26-27/9/2019		STRASBURGO -FR-	
FU-RI 2017	FUTURES IN RADIOLOGIC INTERVENTIONNELLE	16-17/11/2017		MARSEILLE	
IMEET	NEXT GENERATION ENDOVASCULAR THERAPY	2-3/6/2016		NICE FRANCE	

(duplicare le righe se insufficienti)

+ VEDI ALLEGATO 2

Altre attività

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

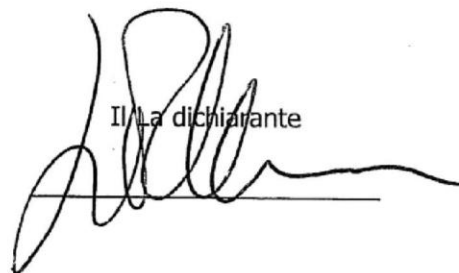
.....

(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.

04/10/2024, li Corso

Il/la dichiarante



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