

2

**CURRICULUM PROFESSIONALE EX ART. 8 D.P.R. N. 484/1997**Il/la sottoscritto/a PIERLUCA TORCIAnato/a il 01/03/1973 a ROMA (prov. di Roma)**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 17/071997 con votazione di 110/110 e lode  
 presso l'Università degli Studi di Roma "la Sapienza"  
*(duplicare il riquadro in caso di necessità)*

**di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici** della Provincia di Milano  
 n° di iscrizione 45199

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

- 1) Disciplina: RADIODIAGNOSTICA  
 conseguito in data 24/10/2001 presso l'Università di Roma "La Sapienza" con votazione di 70/70 e lode  
 ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☒ durata anni quattro
- 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** **San Carlo-IDI sanità** Ente Pubblico  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di .....Roma..... via .....Aurelia..... n. ....275

**profilo professionale** Medico Radiologo Straordinario (ex I livello fascia B) **disciplina** Radiodiagnostica

dal 08/07/2002 al 28/02/2006 (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** Vincitore Concorso Presso altro Ente Pubblico

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

**denominazione Ente Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata** Ente Pubblico  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di .....Roma via dell' Amba Aradam n. ....8

**profilo professionale** Dirigente Medico **disciplina** ...Radiodiagnostica

dal 01/03/2006 al 15/03/2015 (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** Vincitore Concorso Presso altro Ente Pubblico

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

**denominazione Ente Ospedale San Carlo Borromeo** Ente Pubblico

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

di Milano via Pio II..... n. ....3

**profilo professionale** Dirigente Medico **disciplina** Radiodiagnostica

dal 16/03/2015 al 15/02/2016 (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** Vincitore Concorso Presso stesso Ente Pubblico

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

**denominazione Ente ASST Santi Paolo e Carlo** Ente Pubblico

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

di ...Milano via Pio II..... n. ....3

**profilo professionale** Dirigente Medico **disciplina** Radiodiagnostica

dal 16/02/2016 al 31/05/2018 (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** Vincitore Concorso Presso altro Ente Pubblico

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

**denominazione Ente ASST Valle Olona** Ente Pubblico

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

di Gallarate (va) via Eusebio Pastori n. ....4

**profilo professionale** Dirigente Medico

**disciplina**

Radiodiagnostica

dal 01/06/2018 al 31/10/2019 (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** Vincitore Concorso Presso stesso Ente Pubblico

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

**denominazione Ente ASST Valle Olona** Ente Pubblico

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

di Gallarate (va) via Eusebio Pastori n. ....4

**profilo professionale** Dirigente Medico

**disciplina**

Radiodiagnostica

dal 01/11/2019 ad 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 .....

**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 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 **Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio** Ente Pubblico  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di .....Roma..... via .....Borgo Santo Spirito..... n. ....3

dal .....12/01/2000..... al 28/06/2000 (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore 2,5 ore settimanali.....

***(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 Professionale di Consulenza, di Studio e di Ricerca, Ispettivo e di Verifica e di Controllo

dal 01/01/2020 al 31/12/2024

presso.....ASST Valle Olona Ospedale Sant'Antonio Abate di Gallarate (VA)

descrizione attività svolta: Impegno e collaborazione con tutte le branche cliniche Mediche e Chirurgiche nell'ambito dello svolgimento di attività di Radiologia Diagnostica ed Interventistica in particolare con partecipazione attiva sia nelle decisioni della stesura dei protocolli diagnostico-terapeutici, che operatorie come responsabile e primo operatore nel trattamento in elezione ed in urgenza della patologia afferente e di competenza della Radiologia Interventistica

**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: **Vedi Allegato "A" (Curriculum Formativo e Professionale)**

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: **Vedi Allegato "A" (Curriculum Formativo e Professionale)**

- 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:

[illegible]

~~(duplicare le righe se insufficienti)~~

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

[illegible]

*(duplicare le righe se insufficienti)*

### Altre attività

Mi occupo dal 2006 degli accessi venosi diventando nel tempo referente medico per il PICC team e per il Posizionamento di port-a-cath e cateteri per emodialisi, insegnando, sia al personale medico che infermieristico, le tecniche per una corretta esecuzione sia delle procedure che della loro manutenzione.

L'esperienza e le dimostrate capacità sia operative che di insegnamento mi hanno permesso di ottenere importanti Collaborazioni Scientifiche Universitarie in questo campo (vedi certificazione **allegato "B"**).

Dal 2013 mi occupo del "trattamento dell'ictus ischemico cerebrale" sia partecipando a corsi di formazione nazionali ed internazionali organizzati in riconosciuti centri d'eccellenza, sia partecipando nei team

Multidisciplinari alla stesura di protocolli Clinici Aziendali, che all'esecuzione delle procedure interventistiche vere e proprie in urgenza.

Inoltre in ambito Radiologico Interventistico sono revisore di riviste scientifiche internazionali ad alto Impact factor:

Incaricato come Revisore, dal 2016, di Journal of Vascular Access.

Incaricato come Revisore, dal 2018, di CardioVascular and Interventional Radiology.

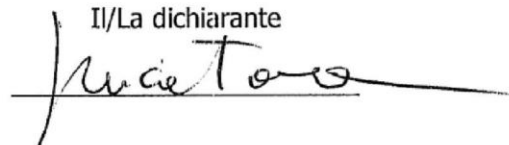
Incaricato come Revisore, dal 2021, di Frontiers in Interventional Radiology.

*(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.**

MILANO, li 30/09/2021

Il/La dichiarante



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

" omissis "

rilasciato il \_\_\_\_\_ " omissis " \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ " omissis " \_\_\_\_\_