

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

Il/la sottoscritto/a Marco Scarpaccio

"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 Medicina e Chirurgia
conseguita in data 07/ Marzo / 1996
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 Monza e Brianza
n° di iscrizione 2668

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

1) Disciplina: Ortopedia e Traumatologia
conseguito in data 06/11/2001 presso l'Università di Milano
ai sensi del DLgs 257/1991 ☒ DLgs 368/1999 ☐ durata anni 5 (cinque)

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 Azienda Sanitaria Seriate Presidio di Lovere
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di Lovere via Filippo Martinoli n. 9
profilo professionale dirigente I livello **disciplina** Ortopedia e Traumatologia
dal 1-12-1997 al 14-01-1999 (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 Passaggio ad altro ospedale

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente Azienda Ospedaliera Busto Arsizio
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di Busto Arsizio via Arnaldo da Brescia n. 1
profilo professionale dirigente I livello **disciplina** Ortopedia e Traumatologia
dal 15-01-1999 al 30-12-2001 (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 Passaggio a contratto a tempo indeterminato

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di Busto Arsizio via Arnaldo da Brescia n. 1

profilo professionale dirigente II livello **disciplina** Ortopedia e Traumatologia

dal 30/12/2001 al 23-6-2005 (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

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente Azienda Ospedaliera di Lecco
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di Mereto via Mandic n. 1

profilo professionale **disciplina**

dal 26/11/2005 al 31/12/2015 (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 licenziamento Volontario

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

di Bergamo via M. Gavazzeni n. 21

profilo/mansione/progetto Chirurgo Senior per interventi vertebrali

dal 01-01-2016 al 08-03-2020 (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore 38

motivo interruzione o causa di risoluzione

(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 Gruppo San Donato - Policlinico San Pietro
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di Ponte San Pietro via C. Forlanini n. 15

profilo/mansione/progetto Responsabile U.O. di Traumatologia

dal 09-03-2020 al 06-09-2021 (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore 38

motivo interruzione o causa di risoluzione

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

di Monza via Amati n. 111

profilo/mansione/progetto Chirurgo Senior Traumatologia

dal 13-09-2021 al tutti oggi (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore 38

motivo interruzione o causa di risoluzione

(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..... Esperto di Chirurgia Vertebrale

dal 2014 al 2015

presso..... Ospedale di Merate Az. Ospedaliera Lecco

descrizione attività svolta..... Mi occupavo di trattare le patologie degenerative e traumatiche rachidee anche in collaborazione con i colleghi Neurochirurghi

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

1. **Congresso Nazionale G.I.S:** Trans-psoas extreme lateral interbody fusion (XLIF) under EMG monitoring: why we like it, what can go wrong and how to deal with complications.
M. Scarpaccio, G. Sciarrone, N. Pieracci, M. Petruzzi, C. Musso – Napoli 11/13 Maggio 2017
2. **Congresso Nazionale G.I.S:** L5-S1 minimally invasive lateral retroperitoneal transpsoas approach: a cadaveric feasibility study and report of clinical cases.
Giuseppe J. Sciarrone, Michele Federico Pecoraro, Marco Scarpaccio, Nicola Pieracci, Carmen Anania, Corrado Musso.
3. **Congresso Nazionale G.I.S :** ACDF stand-alone vs ACDF con cages intra-articolari per via percutanea posteriore: studio retrospettivo su outcome clinico e fusione.
M. Scarpaccio, G.J. Sciarrone, M.F. Pecoraro, N. Pieracci, C. Anania, C. Musso - Cagliari 10-12 Maggio 2018

Si allegano alla presente copie conformi agli originali dei certificati di partecipazione a corsi di formazione e istruzione sostenuti negli ultimi dieci anni.

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.

Vereno Brianza li 01/05/2024

Il/La dichiarante

Marco Scarpaccio