

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. MT)
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-COMO
della Provincia di COMO n° di iscrizione 3687

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

1) Disciplina: ANESTESIA E 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 AZIENDA USL N° 18 MENAGGIO
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di 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)

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 INGRESSO OSPEDALE SALLA

(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 ATENEA OSPEDALIERA S. ALBA
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via MARCONI n. 60

profilo professionale DIRIG. MEDICO AIUTO CORR. disciplina ANESTESIA - RIANIM.
dal 16/07/1992 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 AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via NAPOLEONA n. 60

profilo professionale DIRIG. MEDICO disciplina ANESTESIA - RIANIMAZIONE
dal 10/05/1988 al 15/07/1992 (indicare giorno/mese/anno)
dal 16/03/1993 al 31/05/1992 (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 H. VALDUCCI

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

di COMO via DANTE n. 11

profilo professionale DIRIG. 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. P. ALTA CON

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

di COMO via NAROLSONA n. 60

profilo professionale DIRIGENTE MEDICO disciplina ANESTESIA - RIANIMAZIONE
dal 16/01/2006 al TURCOGGI (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... DIRIGENZIALE DI ALTA PROFESSIONALITÀ

dal 01/01/2008 al 30/08/2009

presso O.S.P. S. ANNA

descrizione attività svolta * predisposizione di protocolli di trattamento attività
effetti da part. espletate attività protocolli tratt. in corso per sottose-
zioni di reparto e tecniche di monitoraggio farmacologico
del personale medico ed infermieristico
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dalal

presso.....

contenuti del corso.....

dalal

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

insegnamentoa.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 STRUTTURA SEMPLICE
COORDINAMENTO AREA EMERGENZA INTERASSE DA LIGURIA
dal 1/10/1009 al TUTT'OGGI

presso... OSSEDALE S. ANNA

descrizione attività svolta progetto integrazione medico-organizzativa nei 2 centri di Anastro per
prelievo sangue di laboratorio di laboratorio; elaborazione di un progetto collaudo con il P.S.
deputato organistico del territorio di Anastro e Bivona. presenza in valutazione
dei centri di eccezioni di P.L. in aree urbane e rurali
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dalal
presso.....
contenuti del corso.....

dalal
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 FF. DI STRUTTURA COMPLESSA
dal 28/06/2014 al... TUTT'OGGI... ANESTESIA E RIANIMAZIONE
presso... U.O.C. ANESTESIA - RIANIMAZIONE 2 ASST. CARMI
descrizione attività svolta.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dalal
presso.....
contenuti del corso.....

dalal
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
insegnamentoa.a.
ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

(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	RIANIMAZIONE NEONATALE SEC. I-GUIDA 2011	30/11/2016	15.20	S. ANNA	14
ASST LARIANA	ACLS ESECUZIONE	24/11/2011	20.15	CANTÙ	16
ASST LARIANA	AGGIORNAMENTO IN ANEST. - BLOCCHI N. P. ELOGUATI	18/04/2016	8	S. ANNA	8
ASST LARIANA	INCONTRO DI FORMAZ. PER IL P. SAN. INF. IN OCCASIONE DI PROBLEMI ORGANIZATIVI	30/03/2015	11	MILANO	
ASST LARIANA	LA GESTIONE DEL RISCHIO IN SALA PARTO	11/07/2015	5	S. ANNA	5
UNIVERSITA' PISA	FOCUS ON DIFFICULT FRONT INFECTIONS	dall'5 al 6/10/2011		PISA	12,5
UNIVERSITA' SIENA	1° ANNUAL NEURODETECTING	10-23/05/2003		SIENA	18
MILANO CONGRESSI	SMART INFECTION LINE	8-9-10/05/2013		MILANO	
UNIVERSITA' PAVIA	LA SEMBRA SULLE INFEZIONI	25/10/2001		PAVIA	3
AZIENDA S. ANNA	FORMULAZIONE PROPRIO GEST. DERIV. LAVORAZI ESTI 2007	1/10/2007	4	COMO S. ANNA	
AZIENDA S. ANNA	MODELLO CLINICO ASSIST. PER INTENS. DICOM. ENDOCRINOASSIST.	12/11/2001	6	S. ANNA	6
AZIENDA S. ANNA	AGGIORN. ANNUALE GEST. EXTRAOSP. I.V. MAGGIORI	05/10/2003	5	MONZA	
MILANO CONGRESSI	SMART	26/27/28 maggio 2010		MILANO	
AZIENDA SAN. LOCALE	CORSO FORMATIVO SOLI PER TRATTAMENTO POST. RINASCITA ADONIS ELETTRIC	13/04/2011 - 15/04/2011		TORINO	14

(duplicare le righe se insufficienti)-

SA RE U

ACLS pediatrico ottobre 2010

MILANO RI ?
QUARNA

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
OSP. S. ANNA	MONITORAGGIO NEUROLOGICO IN RIANIMAZIONE SUBACQUEA	11/10/2012	4	AULIC FORMAZIONE	
OSP. S. ANNA	GESTIONE DEL RISCHIO IN SALA PARTO	13/11/2011	4	AULA FORMAZIONE	

(duplicare le righe se insufficienti)

