

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 MEICI-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 USSL 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 IN UN ALTRO OSPEDALE SULLA

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

di CONO via NASOLEONA n. 60

profilo professionale DIRIG. MEDICO AIUTO CORR. **disciplina** ANESTESIA-RIAN.
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 DIR. MEDICO disciplina ANESTESIA - RIANIMAZIONE
dal 10/08/1988 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

a tempo pieno

indeterminato

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. VALDUGA

(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..... OSPE NALE VALDICE.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di COMO via DANTE n. 11

profilo professionale DIRIG. MEDICO disciplina ANESTESIA - RIANIMAZ.

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

a tempo pieno

indeterminato

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

con rapporto

determinato

a tempo pieno

indeterminato

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 30/08/2009

presso O.S.P. S. ANNA

descrizione attività svolta * predisposizione di protocolli di trattamento anche
effetti da post-esposizione; protocolli trattamento per le lesioni post-esposizio-
nele delle lesioni e tecniche di monitoraggio e diagnosi specifiche
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 INTERISTATO DA 16 R A
dal 1/10/100 al TUTTOGGI

presso... OSSEDALE S. ANNA

descrizione attività svolta... Progetto integrazione medico-organizzativa tra i 2 centri di Ancona per
previdenza di livello primario e secondario: elaborazione di un progetto condiviso con il P.S.
Realizzazione attività di base e specialistica e lavoro di rete: riqualificazione
dei centri di eccezione di P. in aree interne e intermedie
(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 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:

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
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 2015	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. E. GUIDA 18/04/2016	18/04/2016	8	S. ANNA	8
ASST LARIANA	PER IL P. SAN. INF. INCONTRO DI FORMAZ. NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	30/03/2015	11	MILANO	
ASST LARIANA	LA GESTIONE DEL RISCHIO IN SALA PARTO	11/07/2015	5	S. ANNA	5
UNIVERSITÀ PISA	FOCUS ON DIFFICULT PRACTICE INFECTIONS	dall'1 al 6/10/2015		PISA	12,5
UNIVERSITÀ SIENA	1° ANNUALE NEURODEVELOPMENT	10-23/05/2013		SIENA	18
MILANO CONGRESSI	SMART INFECTION LINE	8-9-10/05/2013		MILANO	
UNIVERSITÀ PAVIA	SEMINARI SULL'INFEZIONE E PAT. 25/10/2001	25/10/2001		PAVIA	3
AZIENDA S. ANNA	FORMAZIONE PROPRIO GEST. DERIV. LIQUORAM EST. 2007	1/10/2007	4	COMO S. ANNA	
AZIENDA S. ANNA	MODELLO CLINICO ASSIST. PER INFES. DICOM. ENDOCRINOLOGIA	12/11/2001	6	S. ANNA	6
AZIENDA S. ANNA	AGGIORN. ANNUALE GEST. EXTRAOSP. E-V. MAGGIORI	05/10/2007	5	MONZA	
OSP. S. GER. DONA	EUROITERM	26/27/28 maggio 2010		MILANO	
MILANO CONGRESSI	SMART	13/04/2011 - 15/04/2011		TORINO	14
AZIENDA SAN. LOCALE	CORSO FORMATIVO TOI PER TRATTAMENTO POST. RINCHI IN ADULTI E PEDIATRI				

(duplicare le righe se insufficienti)-

S. ANNA

ACLS pediatrico ottobre 2012

MILANO RI-
CURRA

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 RIANIM. E SUBINT.	11/10/2012	4	AULA FORMAZIONE	
OSP. S. ANNA	GESTIONE DEL RISCHIO IN SALA PARTO	13/11/2011	4	AULA FORMAZIONE	

(duplicare le righe se insufficienti)

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 D.Lgs 30.06.2003 n. 196. 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 12/10/2017

Il/La dichiarante
Antonio Ricci

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