

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a QUARANTA STEFANO

nato a TORINO

il 31/10/1966

DICHIARA

che le informazioni presenti in questo curriculum sono rese quali dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445.

Si dichiara inoltre consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti decadrà dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (come previsto dall'art. 75 del citato D.P.R. 445) oltre che incorrere nelle sanzioni penali previste, a norma dell'art. 76 dello stesso D.P.R., dall'art. 483 del Codice Penale.

Si dichiara infine consapevole che le informazioni rese nel presente curriculum a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni o di atto di notorietà non saranno valutate qualora siano prive di tutti gli elementi utili alla loro corretta determinazione

TITOLI DI CARRIERA

Servizi esclusivamente svolti in qualità di dipendente nelle Pubbliche Amministrazioni o in Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE (non inserire in questa sezione i servizi svolti in qualità di dipendenti/soci di Aziende Private o come libero professionista o co.co.co. o altro, ma dichiararli nella sezione "Altre attività" del curriculum). NB: in caso di rapporto di dipendenza tuttora in corso, nella cella della data di cessazione indicare "a tutt'oggi".

ENTE (denominazione e tipo: ente SSN, pubblica amm., casa di cura conv., ...)	data assunzione / inizio	data cessazione / fine	qualifica esatta (con indicazione della disciplina di inquadramento nel caso della dirigenza medica)	contratto a tempo indeterminato o determinato	percentuale dell'eventuale Orario ridotto	causa della cessazione
ASL 15 CUNEO	01/1999	09/1999	CONTINUITA' ASSISTENZIALE	DETERMINATO	100%	DIMISSIONI VOLONTARIE
ASL 18 ALBA BRA	10/1999	05/2001	EMERGENZA SANITARIA TERRRITORIALE	DETERMINATO	100%	DIMISSIONI VOLONTARIE
CASA DI CURA VILLA IDA - LANZO T.SE	06/2001	01/2005	MEDICO ASSISTENTE	INDETERMINATO	100%	DIMISSIONI VOLONTARIE
ASL 18 ALBA BRA	08/2005	10/2007	EMERGENZA SANITARIA TERRRITORIALE	DETERMINATO	100%	PASSAGGIO AD ALTRO CONTRATTO
ASL CN2	10/2007	12/2007	EMERGENZA SANITARIA TERRRITORIALE	INDETERMINATO	100%	PASSAGGIO AD ALTRO CONTRATTO
ASL CN1	01/2008	TUTT'OGGI	EMERGENZA SANITARIA TERRRITORIALE	INDETERMINATO	100%	

(NB: Qualora gli spazi previsti per ciascuna pagina non fossero sufficienti, fare una/più fotocopie del foglio necessario)

Rispetto alla tabella precedente sono sotto elencati gli eventuali periodi di sospensione del rapporto di lavoro

TIPO SOSPENSIONE (es. aspettativa per motivi personali, comando presso altra amministrazione, ecc.)	Data inizio	Data fine

Rispetto ai servizi prestati presso le pubbliche amministrazioni (sopra elencati):

- non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 ¹
- ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, con riduzione nella seguente misura: _____ determinata per il periodo dal _____ al _____ dalla seguente amministrazione _____

INCARICHI DIRIGENZIALI nell'ambito del rapporto di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni

DENOMINAZIONE INCARICO	Data inizio	Data fine	TIPO: direzione struttura complessa; responsabilità struttura semplice; alta professionalità; di natura professionale; altro (specificare)
REFERENTE DI POSTAZIONE CH 26 BRA	01/01/2013	01/01/2017	ALTA PROFESSIONALITA'
REFERENTE DI POSTAZIONE CH 25 ALBA	01/01/2020	TUTT'OGGI	ALTA PROFESSIONALITA'

Per ciascun incarico indicare eventuali specifici ambiti di autonomia professionale:

INCARICO DI STILARE I TURNI MEDICI, RESPONSABILE DELLA TENUTA DEI REGISTRI STUPEFACENTI, RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI IN CONVENZIONE, REFERENZA DELLA DIREZIONE PER L'AREA

¹ Ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979: "La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque essere superiore al 10% del punteggio di anzianità.".

TITOLI DI STUDIO

Elencare eventuali altri titoli di studio, ad esclusione di quelli già segnalati nella domanda quali requisiti di ammissione

Titolo di studio	conseguito in data	presso l'istituto	Città sede dell'istituto
CORSO FORMAZIONE EMERGENZA SANITARIA	09/2007	REG PIEMONTE ASS SANITA'	TORINO
CORSO MANAGEMENT SANITARIO	11/2013	SDA BOCCONI	MILANO

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni, gli autori e gli estremi della rivista allegando copia della pubblicazione, in originale, autenticata o autocertificata utilizzando il modulo allegato al bando

AUTOIMMUNITY 2002 DEC;35(8):531-6
J HEPATOL 1999 MAY; 30(5):826-9
HEPATO GASTROENTEROLOGY 1999 NOV-DIC; 46(30):3041-7
CLIN IMMUNOL 1999 APR;91(1):106-16
HEPATOLOGY 1998 MAR;27(3):656-61
RECENTI PROG MED 1995 NOV;86(11):445-8
MOD PATHOL 1993 MAY;6(3):249-58
REN FAIL 1993; 15(3):401-5
MOD PATHOL 1992 MAR;5(2):125-30

AGGIORNAMENTO/ESPERIENZE FORMATIVE ritenute rilevanti per il posto a selezione

TITOLO INIZIATIVA (corso, convegno, ecc.)	in qualità di: relatore / partecipante	organizzato da	sede dell'iniziativa	date svolgimento	durata totale in ore	esame finale si/no	crediti ECM maturati
MIMMS -Major Incident Medical Management	partecipante	ADVANCE LIFE SUPPORT GROUP N 14778	TORINO	10-2012	24	SI	
EMD Emergency medical dispatch	partecipante	IAEMD	TORINO	04-2103	24	SI	
EMD-Q Revisore della Qualità	partecipante	IAEMD	GENOVA	02/2014	8	SI	
ECNS Emergency Call Nurse System- Istruttore	partecipante	IAEMD	SALT LAKE CITY- USA	10-2014	40	SI	

ALTRE ESPERIENZE FORMATIVE/PROFESSIONALI: Riportare analiticamente altre esperienze formative/professionali ritenute rilevanti per il posto messo a bando

Luogo e data

MA 24/03/2014

Firma del dichiarante (per esteso)

[Handwritten Signature]

