

**DIRETTORE  
DELLA STRUTTURA COMPLESSA U.O.C. DI OCULISTICA DELL'OSPEDALE DI BELLUNO**

Ruolo: Sanitario  
 Profilo: Medici  
 Disciplina: Oftalmologia

**PROFILO DEL DIRIGENTE DA INCARICARE**

**L'AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI**

A seguito della riforma del sistema sanitario regionale veneto, approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, a decorrere dal 1° gennaio 2017 l'assetto organizzativo delle Aziende U.L.S.S. del Veneto è stato ridefinito; in particolare, l'Azienda U.L.S.S. n. 1 di Belluno ha modificato la propria denominazione in "Azienda U.L.S.S. n. 1 Dolomiti" incorporando la soppressa Azienda U.L.S.S. n. 2 di Feltre.

L'estensione territoriale dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti corrisponde alla Provincia di Belluno, che si sviluppa su un territorio, prevalentemente montano ed articolato in vallate, di 3.610,20 km<sup>2</sup>, comprendente n. 61 Comuni.

Le caratteristiche geomorfologiche ed orografiche fanno sì che vi siano alti indici di dispersione abitativa e bassa densità demografica. Gli abitanti sono 202.950; la densità abitativa è pari a 56,22 abitanti/km<sup>2</sup>. Il territorio è caratterizzato anche da un alto indice di vecchiaia.

Il territorio è organizzato in due distretti, quello di Belluno (Distretto di Belluno) e quello di Feltre (Distretto di Feltre), ai quali afferiscono i Comuni appartenenti alle rispettive Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della L.R. n. 19 del 2016. Il bacino di utenza è esteso a n. 8 Comuni della Provincia Autonoma di Trento.

In base alla programmazione regionale di cui alla D.G.R.V. n. 2122 del 19.11.2013 e alla D.G.R.V. n. 614 del 14.5.2019, le strutture ospedaliere e le strutture intermedie dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti sono le seguenti:

**Strutture ospedaliere a gestione pubblica**

| Ospedale        | Macro Classificazione PSSR                                 | Classificazione Schede ospedaliere | Classificazione D.M. 70/2015           | Apicalità | Posti letto |
|-----------------|--|------------------------------------|--|-----------|-------------|
| Belluno         | Ospedale di rilievo provinciale                            | Hub provinciale                    | Presidio Ospedaliero di I° livello     | 28        | 292         |
| Feltre          | Ospedale presidio di rete - Spoke                          | Ospedale Spoke                     |  | 19        | 264         |
| Agordo          | Ospedale nodo di rete                                      | Ospedale di base in zona disagiata | Presidio Ospedaliero in zona disagiata | 4         | 73          |
| Pieve di Cadore | Ospedale nodo di rete                                      | Ospedale di base in zona disagiata | Presidio Ospedaliero in zona disagiata | 4         | 79          |
| Lamon           | Struttura riabilitativa integrativa della rete ospedaliera | Struttura di riabilitazione        | Struttura mono specialistica           | 1         | 70          |

**Strutture ospedaliere a gestione privata accreditata**

| Ospedale          | Classificazione                               | Posti letto | Posti letto per extraregione |
|-------------------|---|-------------|------------------------------|
| Cortina d'Ampezzo | Ospedale in concessione a privato accreditato | 86          | 34                           |

**Strutture intermedie a gestione pubblica**

| Struttura                        |   | Posti letto |
|----------------------------------|---|-------------|
| Ex Ospedale di Auronzo di Cadore | Ospedale di Comunità                          | 21          |
| Ospedale di Agordo               | Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE) | 17          |
| Ospedale di Agordo               | Unità Riabilitativa Territoriale              | 7           |
| Ospedale di Belluno              | Hospice                                       | 8           |
| Ospedale di Belluno              | Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE) | 15          |
| Ospedale di Feltre               | Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE) | 15          |
| Ospedale di Feltre               | Hospice                                       | 7           |
| Ospedale di Lamon                | Unità Riabilitativa Territoriale              | 7           |

E', inoltre, presente il Dipartimento di Prevenzione, le cui unità operative operano mediante articolazioni "centrali", competenti per l'intero territorio dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti, e mediante articolazioni "territoriali", competenti per specifiche aree territoriali.

**L'U.O.C. DI OCULISTICA DELL'OSPEDALE DI BELLUNO**

L'U.O.C. di oculistica dell'Ospedale di Belluno fa parte del Dipartimento (strutturale) di Area Specialistica di Belluno, che comprende, oltre alla stessa U.O.C., le UU.OO.CC. di nefrologia e dialisi, di recupero e riabilitazione funzionale, di cardiologia – UCIC, di malattie infettive, di pneumologia, di neurologia, nonché le UU.OO.SS.DD. di emodinamica interventistica e di dermatologia (strutture del Distretto di Belluno).

All'U.O.C. afferisce la struttura semplice U.O.S. Diagnosi e trattamento delle patologie retiniche.

Si riassumono i principali dati di attività relativi all'anno 2019:

| <b>Attività di ricovero</b>    |     |
|--------------------------------|-----|
| Ricoveri complessivi           | 242 |
| <i>di cui:</i>                 |     |
| in regime di degenza ordinaria | 122 |
| in regime di week surgery      | 6   |
| in regime di day hospital      | 114 |

| <b>Attività ambulatoriale per esterni</b>   |        |
|---|--------|
| Prestazioni complessive   | 19.442 |
| <i>di cui:</i>  |        |
| prime visite  | 1.837  |
| visite di controllo   | 7.631  |
| altre prestazioni specialistiche (esame fundus, OCT, campo visivo)                                | 6.321  |
| prestazioni H (intervento cataratta, iniezione intravitreali, inserzione cristallino artificiale) | 3.653  |

**PROFILO DEL DIRIGENTE DA INCARICARE**

Il candidato da incaricare deve aver maturato esperienza professionale nell'ambito della disciplina di oftalmologia, dimostrando di essere in possesso di elevate competenze e conoscenze

specifiche. Il candidato, inoltre, deve dimostrare di possedere competenze per l'esercizio delle funzioni di direzione e organizzazione dell'U.O.C. di oculistica e, quindi, nella gestione diretta delle risorse umane, materiali e finanziarie assegnate.

Nello specifico, le competenze richieste al Direttore dell'U.O.C. di oculistica dell'Ospedale di Belluno sono le seguenti.

### **Aspetti manageriali**

Il Direttore deve conoscere:

- i concetti di *mission* e *vision* dell'organizzazione aziendale e saperli contestualizzare nel proprio ambito operativo, promuovendo lo sviluppo e la realizzazione degli obiettivi dell'Azienda;
- il territorio in cui agisce e l'ambito in cui deve promuovere l'attività specialistica;
- i dati gestionali ed epidemiologici disponibili e le novità scientifiche e tecnologiche al fine di identificare e promuovere cambiamenti professionali, organizzativi e relazionali utili alla realizzazione della *mission* dell'U.O.C. e dell'Azienda;
- l'Atto Aziendale e la sua articolazione, oltre ai modelli dipartimentali ed al loro funzionamento;
- i modelli e le tecnologie di progettazione per la pianificazione e la realizzazione di progettualità trasversali all'Azienda;
- le tecniche di *budgeting*, al fine di collaborare attivamente alla definizione del programma di attività dell'U.O.C., nonché le tecniche di gestione delle risorse umane. In particolare, il Direttore deve saper programmare e gestire le risorse professionali e materiali nell'ambito del budget di competenza; saper valutare le implicazioni economiche derivanti dalle scelte organizzative e professionali e dai comportamenti relazionali assunti; saper gestire la propria attività in modo coerente con le risorse finanziarie, strutturali, strumentali e umane disponibili, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, dalle linee guida, dalle specifiche direttive aziendali e dai principi di sostenibilità economica.

### **Governo clinico**

Il Direttore deve:

- collaborare per il miglioramento dei servizi e il governo dei processi assistenziali;
- realizzare e gestire protocolli e percorsi diagnostici terapeutici con modalità condivise con le altre strutture aziendali e i professionisti coinvolti;
- partecipare alla creazione, introduzione e implementazione di modelli organizzativi e professionali in linea con gli approcci di comprovata efficacia, al fine di implementare la qualità delle cure e dell'assistenza;
- attuare il monitoraggio degli eventi avversi, adottare le politiche aziendali del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti, promuovendo e applicando modalità di lavoro e procedure in grado di minimizzare il rischio clinico per gli utenti e operatori.

### **Competenze specifiche**

Il Direttore deve saper gestire in maniera efficiente ed efficace le attività dell'U.O.C. di oculistica dell'Ospedale di Belluno, al fine di ottimizzare la soddisfazione dei bisogni di salute e delle aspettative dell'utenza, esterna ed interna, generando valore aggiunto per l'organizzazione.

Il Direttore, quindi, deve essere in possesso di:

- esperienza e competenza nella gestione (diagnosi, terapia e follow-up) delle malattie di competenza oculistica;
- esperienza e competenza nella chirurgia oftalmica sia in elezione che in urgenza; ottima casistica in chirurgia vitreo-retinica e della cataratta, nella chirurgia del glaucoma, nella chirurgia palpebrale;
- esperienza nelle iniezioni intravitreali di anti-VEGF;

- esperienza e competenza gestionale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- esperienza e competenza della valutazione e valorizzazione delle competenze professionali dei collaboratori;
- esperienza e competenza nella creazione di assetti organizzativi che sviluppino la collaborazione professionale fra la componente medica e quella infermieristica;
- esperienza e competenza in materia di qualità ed accreditamento,
- esperienza e competenza nella valutazione delle linee guida, nella implementazione di PDTA, nella creazione di indicatori e nell'effettuazione di audit clinici;
- esperienza e competenza di collaborazione in ambito intra e interdipartimentale per la gestione di PDTA e partecipazione a gruppi multi professionali e multidisciplinari;
- esperienza e competenza nella gestione delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali oculistiche, in particolare per le cataratte.

Il Direttore, inoltre, deve saper:

- promuovere l'introduzione e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi/professionali e/o nuove tecnologie;
- promuovere l'autovalutazione clinico-professionale attraverso la misurazione costante di indicatori di procedura e di esito;
- assicurare l'identificazione e la mappatura dei rischi prevedibili e gestibili collegati all'attività professionale e definire il relativo risk-management;
- promuovere l'attività di incident-reporting;
- armonizzare l'attività dell'U.O.C. di oculistica dell'Ospedale HUB di Belluno con l'attività dell'U.O.S.D. di oculistica attiva presso l'Ospedale di Feltre;
- garantire l'adeguatezza costante dell'U.O.C. ai requisiti di accreditamento regionale;
- promuovere l'implementazione costante di progetti di miglioramento;
- garantire una costante attività di feedback a tutto il personale.

Il Direttore, infine, deve dimostrare conoscenze e capacità per risolvere le criticità legate alla dimensione organizzativa di una U.O.C. che opera in area montana.

## SCHEMA DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.L.S.S. n. 1 Dolomiti  
Via Feltre n. 57  
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico indetto per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa U.O.C. di \_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- f) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (codice fiscale \_\_\_\_\_);
- g) di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- h) di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ (1);
- i) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (2);
- j) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_;
- k) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti (3);
- l) di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_, conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (4);
- m) di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguito il \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ (4);
- n) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- o) di essere in possesso dell'anzianità di servizio nella disciplina di \_\_\_\_\_, richiesta ai fini dell'ammissione, maturata come specificatamente indicato nel curriculum formativo e professionale (anzianità complessiva nella disciplina di \_\_\_\_\_ anni);
- p) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni e specificatamente \_\_\_\_\_ (5);
- q) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- r) di consentire l'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, se necessario alla procedura.

Chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

=====  
(1) Indicare la cittadinanza e l'eventuale sussistenza di una delle condizioni di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche e integrazioni. I cittadini stranieri devono dichiarare nella domanda di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana e di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza.

(2) In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi.

(3) In caso contrario, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali pendenti.

(4) In caso di titolo conseguito all'estero deve essere indicato il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titolo rilasciato in Italia.

(5) Indicare i servizi prestati, con precisazione dell'ente, della qualifica e dei periodi, e le eventuali cause di cessazione.

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

|                      |                  |               |
|----------------------|------------------|---------------|
| Il/La sottoscritto/a | Cognome<br>..... | Nome<br>..... |
|----------------------|------------------|---------------|

|                 |         |           |
|-----------------|---------|-----------|
| nato/a il ..... | a ..... | Prov..... |
|-----------------|---------|-----------|

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

|  |       |
|--|-------|
| <b>di essere in possesso della laurea in</b> | ..... |
| <i>conseguita in data</i>                    | ..... |
| <i>presso l'Università degli Studi di</i>    | ..... |

(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)

Riconoscimento a cura di .....

in data .....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

|  |       |
|--|-------|
| <b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei</b> | ..... |
| della provincia di                                 | ..... |
| dal  | ..... |
| numero d'iscrizione                                | ..... |

|  |       |
|--|-------|
| <b>Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b> |       |
| <i>Specializzazione in</i>   | ..... |
| <i>conseguita in data</i>  | ..... |
| <i>presso l'Università degli Studi di</i>                              | ..... |
| <i>Specializzazione in</i>   | ..... |
| <i>conseguita in data</i>  | ..... |
| <i>presso l'Università degli Studi di</i>                              | ..... |
| <i>In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>      |       |
| Riconoscimento a cura di .....   |       |
| in data .....  |       |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

|   |  |
|---|--|
| <b>Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:</b>      |  |
| <i>Profilo professionale</i>  | .....  |
| <i>Disciplina</i>   | .....  |
| <i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i>   | .....  |
| <i>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</i>                                     | .....  |
| <i>Dal ..... al .....</i>   | <i>con rapporto a tempo</i> <input type="checkbox"/> <i>determinato</i>  |
| <input type="checkbox"/> <i>con interruzione di servizio dal ..... al .....</i> | <input type="checkbox"/> <i>indeterminato</i>  |
| <i>per .....</i>  | <i>e orario</i> <input type="checkbox"/> <i>tempo pieno</i> <input type="checkbox"/> <i>tempo ridotto (ore ...)</i>  |
| <i>Dal ..... al .....</i>   | <i>con rapporto a tempo</i> <input type="checkbox"/> <i>determinato</i>  |
| <input type="checkbox"/> <i>con interruzione di servizio dal ..... al .....</i> | <input type="checkbox"/> <i>indeterminato</i>  |
| <i>per .....</i>  | <i>e orario</i> <input type="checkbox"/> <i>tempo pieno</i> <input type="checkbox"/> <i>tempo ridotto (ore ....)</i> |

|  |   |
|--|---|
| Profilo professionale  | .....   |
| Disciplina   | .....   |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)   | .....   |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)                                     | .....   |
| Dal ..... al .....   | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato<br><input type="checkbox"/> indeterminato |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... | e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore....)      |
| per .....  |   |
| Dal ..... al .....   | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato<br><input type="checkbox"/> indeterminato |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... | e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)      |
| per .....  |   |

|  |   |
|--|---|
| Profilo professionale  | .....   |
| Disciplina   | .....   |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)   | .....   |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)                                     | .....   |
| Dal ..... al .....   | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato<br><input type="checkbox"/> indeterminato |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... | e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)      |
| per .....  |   |
| Dal ..... al .....   | con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato<br><input type="checkbox"/> indeterminato |
| <input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al ..... | e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)      |
| per .....  |   |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

|  |  |
|--|--|
| <b>Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:</b> |  |
| .....  |  |
| Nella branca di  | .....                                  |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)   | .....                                  |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)                                   | .....                                  |
| Dal ..... al .....   | con impegno settimanale pari a ore ... |
| .....  |  |
| Nella branca di  | .....                                  |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)   | .....                                  |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)                                   | .....                                  |
| Dal ..... al .....   | con impegno settimanale pari a ore ... |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

|  |  |
|--|--|
| <b>Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):</b> |  |
| .....  |  |
| Profilo/Mansione/Progetto  |  |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)   |  |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente...)  |  |
| Dal..... al.....   | con impegno settimanale pari a ore ... |
| .....  |  |
| Profilo/Mansione/Progetto  |  |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)   |  |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)   |  |
| Dal..... al.....   | con impegno settimanale pari a ore ... |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

|  |  |
|--|--|
| <b>Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarichi di direttore di struttura complessa, di responsabile di struttura semplice, professionali di alta specializzazione, ecc.):</b> |  |
| .....  |  |
| Tipologia di incarico  |  |
| Descrizione attività svolta  |  |
| Presso (Azienda, Ente, ecc.)   |  |
| Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)   |  |
| Dal..... al.....   |  |

|   |  |
|---|--|
| <i>Tipologia di incarico</i>                |  |
| <i>Descrizione attività svolta</i>          |  |
| <i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i>         |  |
| <i>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</i> |  |
| <i>Dal..... al.....</i>                     |  |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver svolto attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione - esclusa attività di docente/relatore in corsi di aggiornamento/convegni/congressi):**

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <i>Nell'ambito del corso di</i> |                                    |
| <i>Presso la Facoltà di</i>     |                                    |
| <i>Università di</i>            |                                    |
| <i>insegnamento</i>             |                                    |
| <i>a.a.....</i>                 | <i>Ore docenza complessive ...</i> |

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <i>Nell'ambito del corso di</i> |                                    |
| <i>Presso la Facoltà di</i>     |                                    |
| <i>Università di</i>            |                                    |
| <i>insegnamento</i>             |                                    |
| <i>a.a.....</i>                 | <i>Ore docenza complessive ...</i> |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento professionale:**

|   |   |
|---|---|
| <i>Struttura</i>                            |   |
| <i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i>         |   |
| <i>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</i> |   |
| <i>Dal..... al.....</i>                     | <i>con impegno settimanale pari a ore ...</i> |

|   |   |
|---|---|
| <i>Struttura</i>                            |   |
| <i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i>         |   |
| <i>Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)</i> |   |
| <i>Dal..... al.....</i>                     | <i>con impegno settimanale pari a ore ...</i> |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:**

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <i>Titolo del corso</i>             |   |
| <i>Contenuti del corso</i>          |   |
| <i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i> |   |
| <i>Dal..... al.....</i>             | <i>con impegno orario totale pari a ore ...</i> |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <i>Titolo del corso</i>             |   |
| <i>Contenuti del corso</i>          |   |
| <i>Presso (Azienda, Ente, ecc.)</i> |   |
| <i>Dal..... al.....</i>             | <i>con impegno orario totale pari a ore ...</i> |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di essere autore dei seguenti lavori scientifici (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati.**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati.**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(duplicare riquadro in caso di necessità)

| <b>Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)</b> |                         |                |            |                             |                    |
|---|-------------------------|----------------|------------|-----------------------------|--------------------|
| <i>Ente organizzatore</i>   | <i>Titolo del corso</i> | <i>Periodo</i> | <i>Ore</i> | <i>Luogo di svolgimento</i> | <i>Crediti ECM</i> |
|   |                         |                |            |                             |                    |
|   |                         |                |            |                             |                    |
|   |                         |                |            |                             |                    |
|   |                         |                |            |                             |                    |
|   |                         |                |            |                             |                    |

(duplicare righe in caso di necessità)

| <b>Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)</b> |                         |                |            |                             |                    |
|--|-------------------------|----------------|------------|-----------------------------|--------------------|
| <i>Ente organizzatore</i>  | <i>Titolo del corso</i> | <i>Periodo</i> | <i>Ore</i> | <i>Luogo di svolgimento</i> | <i>Crediti ECM</i> |
|  |                         |                |            |                             |                    |
|  |                         |                |            |                             |                    |
|  |                         |                |            |                             |                    |
|  |                         |                |            |                             |                    |
|  |                         |                |            |                             |                    |

(duplicare righe in caso di necessità)

| <b>Altre attività</b> |
|-----------------------|
|                       |
|                       |
|                       |
|                       |
|                       |

(duplicare righe in caso di necessità)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

