

ALLEGATO B

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a DR. ANTONIO SOLANO
nato a NAPOLI il
14/05/1961

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 amministraz, casa di cura conv.)	Data assunzione inizio	Data assunzione fine	qualifica esatta (con indicazione disciplina e inquadramento	contratto a tempo indeterminato o determinato	Percentuale dell'eventuale part time	Causa della cessazione
ASL NA 1 e. P.O. ASELESIS	16/9/02	A TUTT'OGGI	DIRIGENTE MED. UOC. MEDICINA	IND.	0	/
ASL NA 1 e. P.O. S.G. BOSCO	1/5/02	15/9/02	DIRIGENTE MED. UOC. SIT	11	11	11
FORN. SANTOBONA P.O. PAUSILIPON	10/1/92	30/4/02	DIRIGENTE MED. UOC. SIT	11	11	11
VENI	PAGLIA	SUCERA	SSIVA			

ASL 3 D - ASL NA 1	22/6/91	9/1/92	ASSISTENTE DIRIGENTE AREA TECNICA	IND.	@	/
P.O. PAVULICOLA						

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)	data inizio	data fine
ASPETTATIVA PER CARICHI ELETTIVI/SEGN. ASSEGNI	12/7/93	31/3/94

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 (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 superare il 50 per cento)
- 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 di struttura complessa; responsabilità di struttura semplice; alta professionalità; di natura professionale; altro (specificare)
F.F. DIRIGENTE UOZ TECNICA	1/5/92	12/5/92	DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA
" "	2/8/92	14/8/92	" "
" "	13/9/92	15/9/92	" "
VEDI PAG. SEGUENTE			

F.F. DI MIGLIORIE UOC MEDICINA	20/9/12	20/9/12	DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA
1,	29/7/13	14/8/13	1,
11	11/8/16	10/8/16	1,

Per ciascun incarico indicare eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione: SOSTITUZIONE DEL RESPONSABILE

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
DIPLOMA FORMAZIONE MANAGERIALE	20/9/1993	UNIVERSITA' BOCCONI SDA	MILANO
CORSO CULTURA MEDICA DI FERRARA	6/7/1987	UNIVERSITA' LAPOOLI 113 FACOLTA' MED	NAPOLI
CORSO CULTURA MED. PH. EV. LAB. PSICOT.	15/6/1987	11	11

PRODUZIONE SCIENTIFICA

Il sottoscritto/a DR. ANTONIO SOLANO allega dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa alla produzione scientifica, redatta secondo lo schema allegato D) all'avviso.

ALTRE ATTIVITA' LAVORATIVE (collaborazioni con pubbliche amministrazioni o servizi svolti in qualità di dipendenti/soci di Aziende Private o come libero professionista o co.co.co. o altro)

ENTE (denominazione e tipo: ente SSN Pubblica amministrazione, SPA, cooperative.....)	Data assunzione inizio	Data assunzione fine	Tipo contratto	qualifica (con indicazione disciplina medica nei casi previsti)	n. ore totali
USL 378 NAPOLI CONVULSIONATO - BCCOZZI	1/8/89	31/7/92	MEDICINA SERVIZI	MEDICO	
USL 378 NAPOLI	1/8/89	12/10/90	"	MEDICO PH. ELEVATIONE	866
USL 378 NAPOLI SOST. - MEDICO DI PRS	12/1/89	5/8/89	MED. BR CONVULSIONE	MEDICO DI MED. GENERALE	

ATTIVITA' DIDATTICA presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea, di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione degli Operatori Socio Sanitari

MATERIA Oggetto della docenza	Istituto/Ente presso cui si è svolta	Periodo di svolgimento	Durata totale in ore
CARDIOLOGIA	UNIVERSITA' FEDERICA II LAUREA SC. INFERMISTICA	ANNO ACCADEMICO 2015/16	10
11	ENOCHE AZZURRA SC. INFERM. PROFESSIONALI	ANNO SCOLASTICO 1988/89	10

CARDIOLOGIA	ENOCHE MOSSA SC. INFERM. PROFESSIONALI	11	11
LEBBRE	CONV. SANTOBONO CONS. D. OTA	2001/02	10

AGGIORNAMENTO/ESPERIENZE FORMATIVE ritenute rilevanti per il posto a selezione

TITOLO INIZIATIVA (corso, convegno, ecc)	In qualità di relatore/parte cipante	Organiz- zato da	Luogo e date di svolgimen- to	Durata totale in ore	Esame finale si/no	Crediti ECM maturati
TEMPERIA HCV	RELATORE	EFFETTI SRL	NAPOLI 15/5/16	5	NO	7,5
EPATITI B e C	RELATORE	BLE	ACERNO 10/12/16	16	SI	8
TEMPERIA HCV	RELATORE	EFFETTI SRL	NAPOLI 29/4/16	5	NO	7,5
EPATITI B e C	RELATORE	BLE	25/6/16 ACERNO	16	SI	8,7

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

VEDI PAGINA SEGUENTE

ABILITAZIONE ALL'USO DI FIBROSCOPIO X VALUTAZIONE STENO-FIBROSCOPICA	2/2/2016 - NAPOLI
SUNNIT SULLA SANITA' - COMUNE NAPOLI - MODERNIZZAZIONE - 4-6/2/2015	S. DONATO - NAPOLI
CORSO ANTICORRUPTO - CORRUPTO V.V.F.F. NAPOLI - 2009	
CORSO ECONOMIA DELLE AZIENDE SANITARIE - ASL NA1 - FEBBRAIO 2007 - 31 CREDITI ECET	
PRESIDENTE 12 MUNICIPALITA' DI NAPOLI - 1992-1994	

Luogo e data NAPOLI

20/3/2017

Firma del dichiarante

