

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

(da pubblicare sul sito internet)

Nota per la compilazione:

IL PRESENTE CURRICULUM SARA' PUBBLICATO SUL SITO INTERNET DI
ESTAR E/O SUL SITO INTERNET DELL'AZIENDA CHE PROCEDE AL
CONFERIMENTO DELL'INCARICO, PERTANTO DOVRA' AVERE LE
SEGUENTI CARATTERISTICHE:

- File in Formato aperto (.docx, .pdf aperto)
- Informazioni identiche a quelle del curriculum di cui all'allegato B
- Nessuna firma autografa
- Nessun dato personale e/o sensibile non pubblicabile

Il sottoscrittoLucilla FURESI.....
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non
veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria
personale responsabilità

DICHIARA

I seguenti stati, fatti e qualità personali:

Laurea inMEDICINA E CHIRURGIA.....
conseguita pressoUNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA.....
voto105/110..... in data19/03/1987.....

Specializzazione inMEDICINA INTERNA.....
conseguita pressoUNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA.....
in data09/11/1992

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario)
.....
conseguito presso
.....
in data

Iscrizione all'albo dell'ordine dei MEDICI di ...FIRENZE..... n. posizione 8670.
decorrenza iscrizione26/05/1987

Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture dove è stata svolta

Pattività:

PUBBLICA

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime

MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA.....

Posizione funzionale del candidato nelle strutture

DIRINGENTE MEDICO

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ...AZIENDA USL 11

EMPOLI.....

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):

PUBBLICO.....

Dal (gg/mm/aaaa) 03/05/93..... al (gg/mm/aaaa) 31/08/93.....

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso di co co co e/o prestazione d'opera):ASSISTENTE MEDICO PRESSO U.O. DI MEDICINA INTERNA EMPOLI.....

A tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

A tempo pieno (indicare n. ore settimanali o percentuale):

Non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ...AZIENDA USL 11

EMPOLI.....

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):

PUBBLICO.....

Dal (gg/mm/aaaa) 19/07/95..... al (gg/mm/aaaa) 18/03/96.....

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso di co co co e/o prestazione d'opera):DIRIGENTE MEDICO DI I° LIVELLO U.O. DI MEDICINA INTERNA CASTELFIORENTINO...

A tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

A tempo pieno (indicare n. ore settimanali o percentuale):

Non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ...AZIENDA USL 6

LIVORNO.....

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):

PUBBLICO.....

Dal (gg/mm/aaaa) 09/05/96..... al (gg/mm/aaaa) 30/09/96.....

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso di co co co e/o prestazione d'opera):DIRIGENTE MEDICO DI I° LIVELLO U.O. DI PRONTO SOCCORSO OSPEDALI RIUNITI LIVORNO.

A tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

A tempo pieno (indicare n. ore settimanali o percentuale):

Non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ...AZIENDA USL 11

EMPOLI.....

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):

PUBBLICO.....

Dal (gg/mm/aaaa) 01/10/96..... al (gg/mm/aaaa) 28/02/97.....

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso di co co co e/o prestazione d'opera):DIRIGENTE MEDICO DI I° LIVELLO U.O. DI MEDICINA INTERNA CASTELFIORENTINO.

A tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)
A tempo pieno (indicare n. ore settimanali o percentuale):
Non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le
condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ...AZIENDA USL 5
PISA.....

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):
PUBBLICO.....

Dal (gg/mm/aaaa) 01/03/97..... al (gg/mm/aaaa) 07/09/97.....

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore
scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso
di co co co e/o prestazione d'opera):DIRIGENTE MEDICO DI I° LIVELLO
U.O. DI MEDICINA INTERNA PRONTO SOCCORSO PONTEDERA.

A tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

A tempo pieno (indicare n. ore settimanali o percentuale):

Non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le
condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ...AZIENDA USL 11
EMPOLI.....

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):
PUBBLICO.....

Dal (gg/mm/aaaa) 08/09/97..... al (gg/mm/aaaa) 31/03/98.....

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore
scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso
di co co co e/o prestazione d'opera):DIRIGENTE MEDICO DI I° LIVELLO
U.O. DI MEDICINA INTERNA OSPEDALE DI CASTELFIORENTINO.

A tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

A tempo pieno (indicare n. ore settimanali o percentuale):

Non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le
condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ...AZIENDA USL 10
FIRENZE.....

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):
PUBBLICO.....

Dal (gg/mm/aaaa) 06/04/98..... al (gg/mm/aaaa) 31/12/98.....

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore
scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso
di co co co e/o prestazione d'opera):DIRIGENTE MEDICO DI I° LIVELLO U.O.
DI MEDICINA INTERNA OSPEDALE SERVISTORI FIGLINE VAL D'ARNO.

A tempo indeterminato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

A tempo pieno (indicare n. ore settimanali o percentuale):

Non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le
condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): ...AZIENDA USL 5
PISA.....

Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato):
PUBBLICO.....

Dal (gg/mm/aaaa) 01/01/99..... al (gg/mm/aaaa) A TUTT'OGGI.....

Posizione funzionale e disciplina (indicare esatta denominazione, disciplina/settore scientifico-disciplinare in caso di servizio presso Università e tipologia del rapporto in caso di co co co e/o prestazione d'opera):DIRIGENTE MEDICO DI I° LIVELLO U.O. DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA OSPEDALE LOTTI PONTEDERA.

A tempo indeterminato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

A tempo pieno (indicare n. ore settimanali o percentuale):

Non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979.

Competenze del candidato con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione):

Tipologia di incarico (barrare la voce che interessa):

BARRARE	Tipologie di incarichi ai sensi CCNL 8/6/2000 e smi	b a r r a r e	NUOVE TIPOLOGIE incarichi ai sensi CCNL 19/12/2019	DATA INIZIO DATA FINE DENOMINAZIONE INCARICO
	Incarico di direzione di struttura complessa Art. 27, comma 1, lett. a)		Incarico di direzione di struttura complessa (art. 18, comma 1, par I, lett. a)	Data inizio ___/___/___ Data fine ___/___/___ Azienda che ha conferito l'incarico _____ Eventuale atto di conferimento _____ Denominazione incarico _____
X	Incarico di direzione di struttura semplice Art. 27, comma 1, lett. b), nel caso in cui lo stesso sia stato formalmente qualificato come "incarico a valenza dipartimentale"		Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale (art. 18, comma 1, par I, lett. b)	Data inizio 01/04/2011_ Data fine 09/11/2017 Azienda che ha conferito l'incarico _USL 5_ Eventuale atto di conferimento _____ Denominazione incarico _RESPONSABILE SEZIONE PRESSO OSPEDALE LO PONTEDERA
	Incarico di direzione di struttura semplice Art. 27, comma 1, lett. b) diverso da quello di cui alla riga precedente		Incarico di direzione di struttura semplice art. 18, comma 1, par I, lett. c)	Data inizio ___/___/___ Data fine ___/___/___ Azienda che ha conferito l'incarico _____ Eventuale atto di conferimento _____ Denominazione incarico _____
X	Incarico di natura professionale Art. 27, comma 1, lett. c), nel caso in cui lo stesso sia stato formalmente qualificato come "incarico di alta specializzazione"		Incarico professionale di alta specializzazione art. 18, comma 1, par II, lett. b)	Data inizio 10/11/2017 Data fine 10/11/2025 Azienda che ha conferito l'incarico _ATNO_ Eventuale atto di conferimento _DELIBERA 1018 Denominazione incarico _RESPONSABILE ALL'INTERNO DI STRUTTU COMPLESSA_
	Incarico di natura professionale Art. 27, comma 1, lett. c) diverso da quello di cui alla riga precedente		Incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo art. 18, comma 1, par II, lett. c)	Data inizio ___/___/___ Data fine ___/___/___ Azienda che ha conferito l'incarico _____ Eventuale atto di conferimento _____ Denominazione incarico _____

<p>Incarico di natura professionale Art. 27, comma 1, lett. d), i cui titolari hanno maturato i requisiti di cui all'art. 4 del CCNL dell'8/6/2000 (biennio economico 2000-2001) Area IV e di cui all'art. 4 del CCNL dell'8/6/2000 (biennio economico 2000-2001) Area III <u>con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie</u></p>	<p>Incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo art. 18, comma 1, par II, lett. c)</p>	<p>Data inizio ___/___/___ Data fine ___/___/___ Azienda che ha conferito l'incarico _____ Eventuale atto di conferimento _____ Denominazione incarico _____</p>
<p>Incarico di natura professionale Art. 27, comma 1, lett. d), i cui titolari non hanno maturato i requisiti di cui all'art. 4 del CCNL dell'8/6/2000 (biennio economico 2000-2001) Area IV e di cui all'art. 4 del CCNL dell'8/6/2000 (biennio economico 2000-2001) Area III <u>con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie</u></p>	<p>Incarico professionale di base (art. 18, comma 1, par II, lett. d)</p>	<p>Data inizio ___/___/___ Data fine ___/___/___ Azienda che ha conferito l'incarico _____ Eventuale atto di conferimento _____ Denominazione incarico _____</p>

Soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina e effettuati in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a tre mesi, con esclusione dei tirocini obbligatori):

Struttura:

.....

Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)

.....

Attività svolte:

.....

Attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, laurea o specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario):

Corso

.....

Materia di insegnamento:

.....

Struttura

Anno accademico Ore annue di insegnamento/ore totali docenza n.

Partecipazione a corsi, congressi, convegni, e seminari anche effettuati all'estero, nonché le progressive idoneità nazionali

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso

.....

Ente Organizzatore / Luogo di
svolgimento.....

Data/e di svolgimento..... Ore complessive n.

.....

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o
senza; se con ECM e quanti):

.....

Pregresse idoneità Nazionali:
disciplina

.....

Ente Organizzatore / Luogo di
svolgimento.....

Data/e di svolgimento..... Votazione.

**Produzione scientifica, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste
italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori,
nonché il suo impatto sulla comunità scientifica:**

Pubblcazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale, copia conforme o
altro):

Titolo:

.....

Autori

.....

Rivista scientifica / altro

.....

Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Il sottoscritto dichiara inoltre che le copie delle pubblicazioni eventualmente allegate sono
conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel
presente curriculum corrisponde al vero.

Luogo e data

.....

Originale Firmato