

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 sottoscritto CHIARADIA PAOLO.....,
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 pressoUNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA.....
voto107/110..... in data17/11/2003.....

Specializzazione in ...MEDICINA INTERNA.....
conseguita pressoUNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA.....
in data17.01.2009.....

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

Iscrizione all'albo dell'ordine dei MEDICI E CHIRURGHI di POTENZA..... n.
posizione ...2932..... decorrenza iscrizione ...23/12/2003

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

Pattività:

AZIENDA PUBBLICA: Azienda Toscana Nord Ovest.....
.....
.....

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime

Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'Urgenza

Posizione funzionale del candidato nelle strutture

DIRIGENTE MEDICO

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): USL TOSCANA NORD OVEST

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

.....PUBBLICO...

Dal (gg/mm/aaaa) ...18.09.2009..... al (gg/mm/aaaa) ...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):

.....

A tempo indeterminato

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

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	barrare	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 _____
	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 ___/___/___ Data fine ___/___/___ Azienda che ha conferito l'incarico _____ Eventuale atto di conferimento _____ Denominazione incarico _____
	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 professionale di alta specializzazione art. 18, comma 1, par II, lett. b)	Data inizio 22/03/2023 Data fine 22/03/2028 Azienda che ha conferito l'incarico ATNO _____ Eventuale atto di conferimento Delibera 283 del Direttore Generale Denominazione incarico REFERENTE

	“incarico di alta specializzazione”			PER AREA AD ALTA COMPLESSITA' DI CURA PS PONTEDERA
X	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 08/01/2022 Data fine 21/03/2023 Azienda che ha conferito l'incarico ATNO____ Eventuale atto di conferimento Delibera n. 1096 22/12/21 Denominazione incarico RESPONSABILE PERCORSI ALTA INTENSITA' DI CURA__
	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>		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_____
	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>		Incarico professionale di base (art. 18, comma 1, par II, lett. d)	Data inizio __/__/____ Data fine __/__/____ Azienda che ha conferito l'incarico_____ Eventuale atto di conferimento_____ Denominazione incarico_____

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 pregresse 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:

Pubblicazioni /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