

CURRICULUM

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE)

(Artt.46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 nr. 445)

la sottoscritta _____ Marina Lo Monaco

nato/a il _____

residente a _____

in _____

Consapevole delle pene previste dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti, e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo dell'Azienda ai sensi dell'art.71 del medesimo D.P.R.

DICHIARÀ QUANTO SEGUE

di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni:

Pubblica amministrazione _____ a

ASL VALCAMONICA

sito in _____ via Nissolina 2,25043 Breno

Bs _____

(indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

Posizione Funzionale e **Profilo** __ servizio come guardia medica notturna festiva e prefestiva _____

dal gg. 2000 al 2002

con rapporto di lavoro

a tempo indeterminato

a tempo determinato

a tempo pieno

a part-time al _____ %

CCNL

applicato

dall'Ente _____

continuità'

territoriale _____

1. di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni:

Pubblica amministrazione _____

A.O. San Carlo Borromeo , via Pio X, Milano

Posizione Funzionale e **Profilo** _____

Dir. medico I livello presso l'U.O. di Recupero e Riabilitazione funzionale

dal gg. 5 maggio 2003 _____

al gg. 9 agosto 2005

con rapporto di lavoro

a tempo indeterminato

a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al _____ %

CCNL applicato dall'Ente contratto collettivo nazionale del lavoro

1. di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni: **A.O. Fatebenefratelli**

Zona Moscova, piazzale principessa Clotilde,3, 20121, Milano

Posizione Funzionale e *Profilo* _

Dir. medico I livello presso l'U.O. di Recupero e Riabilitazione funzionale

dal dal **10 agosto 2005 al 10 aprile 2006**

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato
 a tempo pieno a part-time al _____ %

CCNL applicato dall'Ente contratto collettivo nazionale del lavoro

2. di essere attualmente in servizio presso la Pubblica Amministrazione:

Posizione Funzionale e *Profilo* __Dirigente medico

_____ *Disciplina* _____ Medicina __ fisica e Riabilitazione __ e Medico presso Pronto
soccorso

presso **ASST Valcamonica**, Ospedale di Esine, via A. Manzoni 142, Esine (BS)

dal gg. 16/aprile/2009 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a
tempo determinato

a tempo pieno a part-time al _____ %

CCNL applicato dall'Ente __contratto collettivo nazionale__

3. dichiara inoltre che, in riferimento ai servizi di cui sopra non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/79 nr. 761;

4. di non essere incorso/a nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso Pubbliche Amministrazioni;

5. di aver prestato presso **Strutture Private – Accreditate/ Convenzionate con SSN**

Pia Fondazione, Malegno (Bs)__

sito in __ via del lanico 2 25053 _____ Malegno, BS

Posizione Funzionale e *Profilo* __DIRETTORE SANITARIO e consulente Medico Specialista in
Med. Fisica e Riabilitazione *Disciplina* __ Medicina Fisica e Riabilitazione _____

dal **1 maggio 2005 al 15 giugno 2007**

con rapporto di lavoro libero professionale

6. di aver prestato presso **Strutture Private – Accreditate/ Convenzionate con SSN**

Fondazione Don Carlo Gnocchi , Ettore Spalenza, Degenza Riabilitativa

sito in ___Rovato, via Golgi, largo Paolo VI, 25038 Rovato (Bs)

Posizione Funzionale e **Profilo** ___Dirigente Medico___**Disciplina**___Medicina Fisica e Riabilitazione_____

dal **Dal 9 giugno 2008 al 5 aprile 2009**

con rapporto di lavoro ___ a tempo indeterminato, tempo pieno, Contratto Sanita' Privata

7. Di aver svolto attività presso le seguenti strutture svolgendo la sotto indicata tipologia di prestazioni erogate dalle strutture medesime:

Medico fisiatra presso le Terme di Boario _____ (consulente)

Medico fisatra presso Synlab, via Alcide de Gasperi , 2, 25047, Darfo Boario Terme (Bs)

Attivita' intramoenia

8. Di aver maturato i seguenti ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione:

Direzione sanitaria presso Pia fondazione, Malegno

10. di aver partecipato al seguente soggiorno di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori:

titolo:

Un anno accademico di Specialita' presso Medecine Physique de Readaptation CHU Timone (Marseille, Fr)

Organizzato da: *Universita' Aix- Marseille, Fr*

Congressi/convegni/seminari

LE SCOLIOSI IDIOPATICHEE NEUROLOGICHE IN ETA' PEDIATRICA: SCELTA ED UTILIZZO DELLE ORTESI, PALESTRINA (ROMA), 12-13 E 14 OTTOBRE 2017

2018 CORSO DI ECOGRAFIA MUSCOLO SCHELETRICA (39,8 CREDITI ECM) Bologna il 10-14 Dicembre 2018, Prof. Monetti

Direttori del corso: prof Adriano Ferrari, prof Stefano Negrini

CORSO NAZIONALE SIMFER 2023 "LA FISIATRIA E LA PRESCRIZIONE DI AUSILI EROTESI: IL PAZIENTE AL CENTRO DELLA SCELTA". 23-24-25 MARZO 2023

Corso di formazione: malformazioni congenite della gabbia toracica Bg, 22 novembre 2024

Corso: "13° GARDAREUMA " Maggio 2025 Responsabile scientifico Dott. Gianantonio Saviola 26-27 settembre 2025 XV congresso SIDA della "Clinica in Agopuntura in Pediatria e Geriatria, i casi clinici" , San benedetto del Tronto, 11 crediti ECM

Dichiaro di essere Al completo la formazione obbligatoria ECM triennio appena concluso

Corsi

Titolo: Diploma Universitario In Osteopatia e Medicina Manuale

(Diplomi Nazionali Francesi post-Lauream magistrale in Medicina)

organizzato da: Diplomi Nazionali Francesi post-Lauream magistrale in Medicina _Universite'
da la mediterranée di Marseille

sede dell'evento: Marsiglia (Fr)

dal Anno accademico 2003-2004

con superamento di esame finale

in qualità di

uditore

Titolo: Diploma Universitario in "Appareillage pour personne handicapée"

organizzato da: Diplomi Nazionali Francesi post-Lauream magistrale in Medicina _Universite'
da la mediterranée di Marseille

sede dell'evento: Marsiglia (Fr)

dal Anno accademico 2003-2004-2005

con superamento di esame finale

in qualità di

uditore

11. di aver effettuato la seguente attività didattica presso istituti per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario:

-Denominazione Ente: Universita' degli Studi di Milano, Corso di Laurea in Fisioterapia

materia della docenza: **INSEGNANTE a titolo gratuito di anatomia-fisiologia dell'apparato locomotore e di tecnologia strumentale applicata in terapia fisica del Diploma di Laurea in fisioterapia**

Anni Accademici 2002-2003 e 2004-2005. _____;

-Denominazione ente: Museke in Burundi. Come Docente e formatore nell'ambito del progetto Gateka Ka Enrica, che prevedeva le seguenti attività: **Corsi di formazione a favore del personale locale addetto alla cura e alla riabilitazione di pazienti portatori di handicap psico-fisici (in lingua francese);**
opera e prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fine di lucro, ed esclusivamente per fini di solidarietà. Durata del progetto: due settimane, febbraio 2019

12. di aver conseguito le seguenti idoneità nazionali:

Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA IL 21.03.2000 con voto 102/110

abilitazione a Brescia nella seconda sessione dell'anno 2000

Prima iscrizione all'albo dei Medici Chirurghi di Brescia il 20.12.2000

Regolare iscrizione all'Albo dei Medici e Chirurghi di Brescia dal 20.12.2000 col numero 06909

Specializzazione in MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE A MILANO STATALE il 1011.2004 con voto 70/70

Medico esperto in Agopuntura (Corso di perfezionamento, Centro di Ricerche in Bioclimatologia Medica e Biotecnologie- Medicine Natirali, Direttore Prof Umberto Solimene, Università degli Studi, Milano), WORLD HEALTH ORGANISATION, Collaborating centre for traditional Medicine

anni

2005/2006

2006/2007

2007/2008

totale di 1134 ore

Medico Fitoterapeuta (Accademia italiana di Fitoterapia Pietro "Andrea Mattioli", Accreditata presso la Regione Lombardia Decr n. 15296 del 24.10.2019, durata anni accademici: tre. Ammontare complessivo di 600 ore. Titolo: Fitoterapeuta **anni 2020/2023**

La/Il sottoscritto/a allega al presente Curriculum Vitae una fotocopia conforme all'originale fronte retro di un valido documento di identità.

_____ Marina Lo Monaco

(data) 25/12/2025

N.B.: Per consentire la corretta valutazione dei titoli è assolutamente necessario che l'autocertificazione contenga tutti gli elementi relativi a modalità e tempi dell'attività espletata che verrebbero indicati se il documento fosse rilasciato dall'ente competente.

Elenco delle pubblicazioni

**TUMORI AL SENO: UPDATE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO- TERAPEUTICO, CONVEGNO IC ECM 13939.1 CREDITI ECM, 6. IL PERCORSO RIABILITATIVO: Ospedale di Esine, 21 settembre 2019
IN QUALITA' DI DISCENTE**

**TRATTAMENTO LOCALE DEL DOLORE PERIFERICO CON LIDOCAINA CEROTTO 5% IN PAZIENTI CON ESITI DI INTERVENTO PER NEOPLASIA DELLA MAMMELLA
Lo Monaco M et al
Atti del 43 esimo Congresso Nazionale SIMFER- Ferrara- 7 ottobre 2015**

**UTILIZZO DELL'ASSOCIAZIONE OSSICODONE/NALOXONE NEL DOLORE NEUROPATICO POST ICTALE
Dott.ssa Mg Cattane, Dott.ssa M Lo Monaco , et al
Atti del 42 esimo Congresso Nazionale SIMFER Torino, 2014**

**OSTEOPATIA-MEDICINA MANUALE E ANALGESIA
M. Lo Monaco
Atti del congresso: "la medicina complementare nella pratica clinica",
A.O. San Carlo Borromeo, Milano, 2-3 dicembre 2005**

**APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE ED ALLA SUA FAMIGLIA
Lo Monaco M, Berrino A, Lattuada P.
XIII Congresso Nazionale AIMAC , 9° Congresso latini Dies.
Milano, 5-8 maggio 2005**

La sottoscritta Marina Lo Monaco nata a Edolo il 9/7/1974, dichiara sotto la propria responsabilità, che le sopracitate fotocopie sono conformi all'originale, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dic. 2000.

Esine, li 29.12.2025



Elenco dei documenti e titoli presentati

1. Domanada di ammissione al Direttore generale
2. Curriculum vitae
3. Elenco delle pubblicazioni
4. DIPLOMA DI SCUOLA DI FITOTERAPIA APPLICATA fotocopia autenticata
5. DIPLOMA UNIVERSITARIO "APPAREILLAGE DES PERSONNES HANDICAPEES"
fotocopia autenticata
6. DIPLOMA INTERUNIVERSITARIO IN "MEDICINE MANUELLE-OSTEOPATHIE"
fotocopia autenticata
7. Certificato di attività di docenza presso il Corso di laurea in Fisioterapia. Fotocopia autenticata
8. Certificato di stage in Medicina fisica e Riabilitativa Presso la Faculté de Médecine-Université de la Méditerranée, fotocopia autenticata
9. Fotocopie di partecipazioni a congressi e seminari, fotocopie conformi all'originale
10. CERTIFICAZIONE A 535 PROT. 37059

data

BRM, L.

30/12/25

firma

A large black rectangular redaction covers the signature area, obscuring the name and any handwritten notes.