

CURRICULUM

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE)

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

Il/la sottoscritto/a ANDREOLI FRANCESCA

nato/a il 11/11/1982 , a BRENO (BS)

residente a BORNO (BS), CAP 25042

in VIALE PINETA 35 telefono 338 1092475

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.

DICHIARA QUANTO SEGUE

1. di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni:

Pubblica Amministrazione ASL VALLECAMONICA SEBINO

sito in __ VIA NISSOLINA 2, 25043, BRENO (BRESCIA)_____

Posizione Funzionale e *Profilo* DIRIGENTE MEDICO

Disciplina CONTINUITA' ASSISTENZIALE E GUARDIA MEDICA TURISTICA

dal gg. 1 AGOSTO anno 2008 al gg. 31 OTTOBRE anno 2016

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al _____ %

CCNL applicato dall'Ente __ DIRIGENZA AREA SANITA'

di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni:

Pubblica Amministrazione __ ASST DELLA VALLECAMONICA _____

sito in __ VIA NISSOLINA 2, 25043, BRENO (BRESCIA)_____

Posizione Funzionale e *Profilo* DIRIGENTE MEDICO

Disciplina IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA __

dal gg. _1_NOVEMBRE_2016 al gg. 21 APRILE _2017

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al 80 %

CCNL applicato dall'Ente __ DIRIGENZA AREA SANITA'

[X] di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni:
Pubblica Amministrazione ASST DELLA VALLECAMONICA

sito in VIA NISSOLINA 2, 25043, BRENO (BRESCIA)

Posizione Funzionale e *Profilo* DIRIGENTE MEDICO

Disciplina IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

dal gg. 22 APRILE 2017 al gg. 15 LUGLIO 2017

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al %

CCNL applicato dall'Ente DIRIGENZA AREA SANITA'

2. [X] di essere attualmente in servizio presso la Pubblica Amministrazione:
ASST DELLA VALLECAMONICA

sito in VIA NISSOLINA 2, 25043, BRENO (BRESCIA)

Posizione Funzionale e *Profilo* DIRIGENTE MEDICO

Disciplina IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

dal gg. 16 LUGLIO 2017 al gg. 7 MAGGIO 2026

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al %

CCNL applicato dall'Ente DIRIGENZA AREA SANITA'

3. [X] 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. [X] 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**

(Denominazione Ente)

sito in _____

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

Posizione Funzionale e *Profilo* _____ *Disciplina* _____

dal gg. _____ mese _____ anno _____ al gg. _____ mese _____ anno _____

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al %

CCNL applicato dall'Ente _____;

6. di aver prestato/ di essere in servizio all'estero presso:

Denominazione Ente _____

(Denominazione Ente)

sito in _____

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

Posizione Funzionale e *Profilo* _____ *Disciplina* _____

dal gg. ____ mese ____ anno ____ al gg. ____ mese ____ anno ____

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al ____ %

con riconoscimento ottenuto da _____ in data gg. ____ mese ____ anno ____;

7. di aver prestato/ di essere in servizio in regime di:

libera professione

collaborazione coordinata e continuativa

progetto presso:

Denominazione Ente _____

sito in _____

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

Posizione Funzionale e *Profilo* _____

dal gg. ____ mese ____ anno ____ al gg. ____ mese ____ anno ____

con impegno orario _____;

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

- Delegato del Direttore Generale per le attività di verifica e controllo NOC
- Referente aziendale per la Medicina di Genere
- Referente Aziendale per la Telemedicina
- Referente aziendale per la campagna di screening HCV
- Referente aziendale per la campagna di screening tumore alla prostata
- Referente aziendale per la sperimentazione a valenza territoriale di presa in carico integrata delle donne vittime di violenza con o senza figli
- Referente Aziendale per l'Osservatorio Nazionale della salute della Donna e di genere (ONDA ETS)
- Medico autorizzato al prelievo di cornee
- Membro del COP aziendale
- Componente del Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale (ex SUMAI)
- Membro del collegio medico per l'accertamento di morte cerebrale
- Medico vaccinatore c/o AIPAL

- Membro della Commissione Medica Locale Patenti ASST della Valcamonica
- Membro della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici e Chirurghi di Brescia
- Componente della Commissione Medicina Genere Specifica dell'Ordine dei Medici e Chirurghi di Brescia

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

- Responsabile di struttura semplice "controllo appropriatezza delle prestazioni sanitarie" afferente alla struttura complessa "Direzione Medica di Presidio" della ASST Valcamonica dal 1.4.2023 al 31.3.2028;
- Direttore ff della struttura complessa "Integrazione delle Reti Territoriali" afferente alla Direzione Socio Sanitaria della ASST Valcamonica dal 1.2.2025 al 31.7.2027.

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: _____

organizzato da: _____

sede : _____

dal _____ (gg/mese/anno) al _____ (gg/mese/anno);

11. di aver frequentato il seguente evento formativo:

Congressi/convegni/seminari

Corsi

titolo: PATIENT SAFETY E RISK BASED THINKING Corso strategico per Risk Manager degli enti del sistema presso sede (2017)

organizzato da: EUPOLIS REGIONE LOMBARDIA

sede dell'evento: EUPOLIS REGIONE LOMBARDIA (MILANO)

dal 20/06/2017 (gg/mese/anno) al 14/12/2017 (gg/mese/anno) per _____ ore

con superamento di esame finale

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale

in qualità di

uditore

docente/relatore

X con il conseguimento di PUNTEGGIO 29/30 senza crediti formativi E.C.M.;

11. di aver frequentato il seguente evento formativo:

Congressi/convegni/seminari

Corsi

titolo: IL SISTEMA DRG - DALLA CARTELLA CLINICA AL FINANZIAMENTO DEI RICOVERI codice edizione: 201962 edizione n.2

sede dell'evento: DESENZANO DEL GARDA

dal 20/10/2017 (gg/mese/anno) al 20/10/2017 (gg/mese/anno) per 10 ore

con superamento di esame finale

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale

in qualità di

uditore

docente/relatore

con il conseguimento di 10,3 crediti formativi E.C.M;

11. di aver frequentato il seguente evento formativo:

Congressi/convegni/seminari

Corsi

titolo: CORSO REGIONALE FORMAZIONE PRELEVATORI DI CORNEA:
AGGIORNAMENTO

organizzato da: Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

sede dell'evento: OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO MILANO

dal 03/10/2022 (gg/mese/anno) al 10/10/2022 (gg/mese/anno) per 8 ore

con superamento di esame finale

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale

in qualità di

uditore

docente/relatore

con il conseguimento di 8 crediti formativi E.C.M;

11. di aver frequentato il seguente evento formativo:

Congressi/convegni/seminari

Corsi

titolo: CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub misura: corso di formazione manageriale" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza-PNRR, Missione 6. Componente 2-2.2.c; a.a. 2024/2025 (PNRR 2501BE)

organizzato da: POLIS LOMBARDIA

sede dell'evento: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA

dal 14/05/2025 (gg/mese/anno) al 12/11/2025 (gg/mese/anno) per 200 ore

con superamento di esame finale

il corso non prevedeva il superamento di un esame finale

in qualità di

uditore

docente/relatore

con il conseguimento di _____ crediti formativi E.C.M.;

11. di aver frequentato il seguente evento formativo:

Congressi/convegni/seminari

Corsi

titolo: CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER DIRIGENTI STRUTTURA COMPLESSA codice edizione: UNIBS DSC 2501AE (gennaio-maggio 2026)

sede dell'evento: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA

dal 08/01/2026 (gg/mese/anno) al 16/04/2026 (gg/mese/anno) per 140 ore

con superamento di esame finale

a il corso non prevedeva il superamento di un esame finale

in qualità di

uditore

docente/relatore

con il conseguimento di _____ crediti formativi E.C.M.;

12. 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 BRESCIA

Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

materia della docenza: EPIDEMIOLOGIA dal 2018 in corso;

ore annue di insegnamento: 30;

- Denominazione Ente: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA

Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

materia della docenza: IGIENE dal 2023 in corso;

ore annue di insegnamento: 30;

13. di aver conseguito le seguenti idoneità nazionali:

- DIPLOMA DI MATURITA' CLASSICA LICEO C.GOLGI BRENO (2001)

- LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA C/O UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA (in data 14/03/2008 con votazione 104/110)

- ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI MEDICINA E CHIRURGIA NELL'ANNO 2008
LUOGO DI CONSEGUIMENTO: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA

- SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA C/O UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA (in data 03/03/2016 con votazione 70/70 CON LODE)

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

Borno, 7.5.2026

(data)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Francesca Orsini', written over a horizontal line.

(firma non autenticata)

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.