

CURRICULUM

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE)

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

Il/la sottoscritto/a BONFANTE PAOLO
(cognome) (nome)
nato/a il 20-02-1961, a VERONA (VR)
(data) (luogo) (prov.)
residente a _____, CAP _____
(luogo) (prov.)
in _____ telefono _____
(indirizzo)

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 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INT DI VERONA
(Denominazione Ente)

sito in VERONA VIA P. LE STEFANI 1 37124
(indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

Posizione Funzionale e *Profilo* DIRETTORE MED 1 LI *Disciplina* ANEST e RIAN

dal gg. 01 mese 09 anno 1998 al gg. 30 mese 11 anno 2019

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno a part-time al _____ %

CCNL applicato dall'Ente SI _____;

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

Pubblica Amministrazione AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA
(Denominazione Ente)

sito in VERONA - VIA VALWERDE 1 VR 37124
(indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

Posizione Funzionale e *Profilo* DIRETTORE MED 1 LIV *Disciplina* CURE PALLIATIVE

dal gg. 01 mese 12 anno 2019 al gg. _____ mese _____ anno ATTIVA '04/1'

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo determinato
 a tempo pieno a part-time al _____ %
CCNL applicato dall'Ente SI _____ ;

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**

NO
(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: NO
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 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 NO

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:

BASSANO DEL GRAPPA (VI) dal 6/7/92 al 4/6/93 OSPEDALE CIVILE (ANESTESIA/R/TERAPIA ANALGICA)
28/10/93 -> 15/5/95 AUL 6 (VI) NOBILITA VICEZINA (ANEST/R/ANALG) - 15/5/95
21/9/95 - DIPENDE DA TN ANEST/R/TERAPIA ANALGICA, DAL 21/9/95 al 31/3/98 C. PONA TN.
ANEST/R/TERAPIA ANALGICA, DAL 1/9/98 al 30/11/2013. ANEST/R/TERAPIA DEL DOLORE
DAL 1/12/2013 ad oggi AUL 9 SANGERA (VI) CURE PALLIATIVE e TERAPIA DEL DOLORE.

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

_____ ;

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: PASIER CURE PALLIATIVE

organizzato da: UNIV. STUDI DI PARTA

sede: OSP CIVILE PARTA

dal 01/12/2016 (gg/mese/anno) al 6/12/2018 (gg/mese/anno);

11. di aver frequentato il seguente evento formativo:

Congressi/convegni/seminari

Corsi

VEDI EVENTO.

titolo: _____

organizzato da: _____

sede dell'evento: _____

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

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

12001 ELENCO
CURE.

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: _____

materia della docenza: _____

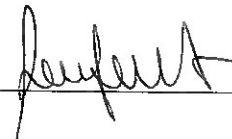
ore annue di insegnamento: _____;

13. di aver conseguito le seguenti idoneità nazionali:

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

20-03-2023

(data)



(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.