

# 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/AN/TERAPIA ANALGICA) - 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 PARMA

sede: OSP CIVILE PARMA

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:

---

---

---

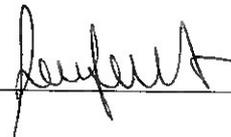
---

---

*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.*