

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA
COMPLESSA "SOREU"**

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a Guffanti Elena Angela Augusta

nato/a a Milano il 2 AGOSTO 1965

presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione al concorso.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dagli articoli **46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000** e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di essere a conoscenza **dell'art. 75 del DPR 445/2000**, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'AREU, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

<u>TITOLI DI STUDIO</u>

(laurea/specializzazione/master universitari (I e II livello) / dottorato di ricerca/Corsi Perfezionamento Universitari)

Titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso
Laurea in Medicina e Chirurgia	data: <u>21/07/1994</u> durata: <u>6 anni</u>	Università Statale degli Studi di Milano
Specialità in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso	data: <u>01/07/1999</u> durata: <u>5 anni</u>	Università Statale degli Studi di Milano
Specialità in Anestesia e Rianimazione	data: <u>06/11/2007</u> durata: <u>4 anni</u>	Università Statale degli Studi di Milano
Diploma di II Livello in "European Master in Disaster Medicine (EMDM)	data: <u>07/03/2005</u> durata: <u>1 anno</u>	Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"
Diploma Nazionale di Ecografia Clinica SIUMB	data: <u>15/04/2011</u> durata: <u>1 anno</u>	SIUMB Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia
"Addestramento per la gestione clinico-ecografica integrata del paziente critico-1 livello avanzato" Sistema regionale Lombardia	data: <u>settembre 2010</u> durata: <u>3 giorni</u>	I.Re, F Scuola di Direzione Sanità Regione Lombardia

1st Certificated International Course on ULTRASOUND IN CRITICAL CARE MEDICINE	data: 31/05/2006 al 2/06/2006 durata: <u>3 giorni</u>	Milano A. O. Niguarda Ca Granda
Revisione della fisiologia medica nei più comuni aspetti della pratica anestesiológica intensivística con particolare riguardo al riconoscimento degli errori	data: 22/02/2006 al 29/03/2006 durata: <u>1 mese</u>	Università degli Studi Di Milano
Revisione della fisiologia medica nei più comuni aspetti della paratica anestesiológica intensivística	data: 21/02/2007 al 28/03/2007 durata: <u>1 mese</u>	Fondazione IRCCS – Policlinico di Milano

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine.

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice. Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione **avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo. Indicare solo le pubblicazioni degli ultimi dieci anni e attinenti all'incarico per cui si concorre.**

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	DESCRIZIONE
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine.

Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato) presso STRUTTURE PUBBLICHE

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

ENTE <i>Denominazione sede</i>	DAL <i>(gg/mm/aa)</i>	AL <i>(gg/mm/aa)</i>	Esatta Qualifica <i>(Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)</i>	Impegno orario settimanale <i>(se part-time indicare la percentuale)</i>
A,O, Niguarda SAR 1	27/09/1997	Agosto 2007	Medico 1 livello SSUEm 118, Anestesista Rainimatore	Tempo pieno
AO Niguarda SAR 2	Settembre 2007	30/05/2010	Medico 1 livello , Anestesista Rainimatore	Tempo pieno
AO Santi Paolo e Carlo	01/06/2010	08/02/2018	Medico 1 livello , Anestesista Rainimatore	Tempo pieno
AO Niguarda SAR 2	09/02/2018	Ad oggi	Medico 1 livello , Anestesista Rainimatore	Tempo pieno

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___ / al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___ / al/___/___/___/ Motivo:_____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

Incarichi di Responsabilità (ex art 18 e 27 CCNL 08.06.2000) presso STRUTTURE PUBBLICHE

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

ENTE <i>Denominazione sede</i>	DAL <i>(gg/mm/aa)</i>	AL <i>(gg/mm/aa)</i>	Tipologia Incarico <i>(Direttore Dip.to, Struttura Complessa, Struttura Semplice, sostituzione ex art 18)</i>	Denominazione Incarico
AO Santi Paolo e Carlo	01/10/2010	08/02/2018	Struttura Semplice	Gestione Emergenze Urgenze Rianimatorie

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___ / al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___ / al/___/___/___/ Motivo:_____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)
presso **STRUTTURE PRIVATE**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

DATORE DI LAVORO PRIVATO <i>Denominazione e Sede</i>	DAL <i>(gg/mm/aa)</i>	AL <i>(gg/mm/aa)</i>	Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale	Indicare C.C.N.L. di riferimento	Impegno orario sett.le <i>(se part-time indicare la percentuale)</i>

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___ / al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___ / al/___/___/___/ Motivo:_____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA
/ COLLABORAZIONE OCCASIONALE
presso STRUTTURE PUBBLICHE**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	Impegno orario settim.le
Tipologia contratto: Libero Professionale Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	Impegno orario settim.le
-------------------------------------	--------------------------	-------------------------	--	---

Tipologia contratto:
Libero Professionale
Consulenza/ Collaborazione Occasionale

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	Impegno orario settim.le
-------------------------------------	--------------------------	-------------------------	--	---

Tipologia contratto:
Libero Professionale
Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA
COLLABORAZIONE OCCASIONALE
presso STRUTTURE PRIVATE**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	Impegno orario sett.le
Tipologia contratto: Libero Professionale Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	Impegno orario sett.le
Tipologia contratto: Libero Professionale Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	Impegno orario sett.le
Tipologia contratto: Libero Professionale Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

BORSA DI STUDIO CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Tipologia	Ente erogatore	Materia/disciplina	Data esatta gg/mm/aa
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____

			DA _____ A _____
			DA _____ A _____
			DA _____ A _____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

Indicare solo le attività degli ultimi dieci anni e attinenti all'incarico per cui si concorre.

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO ☐ EVENTO FORMATIVO ☐ _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	☐ RELATORE ☐ PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si ☐ - no ☐
Specificare se con test o esame finale	si ☐ - no ☐

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO ☐ EVENTO FORMATIVO ☐ _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	☐ RELATORE ☐ PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si ☐ - no ☐
Specificare se con test o esame finale	si ☐ - no ☐

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	☐ CORSO ☐ CONGRESSO ☐ CONVEGNO ☐ EVENTO FORMATIVO ☐ _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	☐ RELATORE ☐ PARTECIPANTE

Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si ☐ - no ☐
Specificare se con test o esame finale	si ☐ - no ☐

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

ATTIVITÀ DIDATTICA (materie attinenti la posizione da conferire)

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie o istituti scientifici:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente o Tutor

2) Istituti pubblici e/o scuole professionali del SSN:

A.A. ovvero ore insegnamento	Ente / Istituto	Materia	In qualità di Docente o Tutor

3) Corsi di formazione privati:

Ente / Istituto	Corso di Studi	Materia	n. ore insegnamento

Ulteriori attività

Esecutore di Advanced CardiacLife Support del Gruppo Italiano di Rianimazione Cardiopolmonare

Esecutore ed istruttore di Basic Life Support del Gruppo Italiano di Rianimazione Cardiopolmonare 14 gennaio 98

PTC esecutore

PBLS esecutore ed istruttore (supporto di base delle funzioni vitali in età pediatrica)

Formatore di Istruttore BLSD e PBLS

Nov 2001 e per 3 edizioni Docente ed istruttore al Corso di "Tecniche di Primo Soccorso "Collaborazione ed integrazione nel soccorso ". Svoltosi a Milano SSUEm 118

Co-Organizzatore del **1st Italian Congress di Ultrasound in Emergency and Critical Care Medicine** a Milano 9-12 Febbraio 2007 e Workshops in Trauma Care in Prehospital EMS

Contributo nella stesura del capitolo **Prehospital ultrasound: prospective from four countries** della seconda edizione di **Emergency Ultrasound**.

Contributo nella stesura delle Linee Guida **La gestione multidisciplinare della lesione midollare in fase acuta**
(Gestione respiratoria in emergenza, immobilizzazione e trasporto; Diagnostica per immagini in acuto)
SOMIPAR, 2009

Collaboratore come traduttore della 1 edizione Italiana del **Manuale di terapia intensiva del Massachusetts General Hospital** a cura di Andrea De Gasperi.

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Data 12 ottobre 2020



Firma _____

Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Ai sensi del D.Lgs 196/03 e del Regolamento (UE) 2016/697 – GDPR di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di Legge.