



Al Direttore Generale  
ATS Città Metropolitana di Milano  
Corso Italia n. 52  
20122 Milano

La sottoscritta STELLATO CINZIA nata a POTENZA il 12/10/1959 e residente a MILANO in via TOLENTINO n. 1 c.a.p. 20155 chiede di essere ammessa a partecipare all'Avviso Pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico a tempo determinato, ai sensi dell'art. 22, comma 5 del CCNL Area Sanità del 19/12/2019 – triennio 2016-2018, di Direttore della Struttura Complessa: **"UOC PERCORSI INTEGRATI PER LA CRONICITA"**.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2008, nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara:

- 1) di essere cittadina italiana;
- 2) di essere iscritta nelle liste elettorali del Comune di Milano;
- 3) che il proprio stato civile è coniugata;
- 4) che il proprio codice fiscale è STLCNZ59R52G942C;
- 5) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data 17/10/1988 presso l'Università degli Studi di Napoli – Federico II;
- 6) di essere in possesso del diploma di specializzazione in Neurologia conseguito in data 19/10/1992 presso l'Università degli Studi di Napoli – Federico II;
- 7) di essere iscritta all'albo professionale dei Medici di Milano;
- 8) di non essere soggetta agli obblighi di leva;
- 9) di essere dipendente di Pubblica amministrazione;
- 10) di essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale di cui all'art.5, comma 1, lettera d) DPR 484/97;
- 11) di non avere riportato condanne penali e di non essere destinataria di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 12) di non essere stata sottoposta a procedimenti disciplinari e di non avere procedimenti disciplinari pendenti;
- 13) dichiaro di non essere collocata a riposo;
- 14) dichiaro inoltre che, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 nonché ai sensi del D.Lgs. n.39/2013:

X di non incorrere in alcuna delle cause di **inconferibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n.39/2013

Oppure

che sussistono le seguenti cause di **inconferibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n.39/2013:

Descrizione carica / incarico ricoperto	Disposizione di riferimento del D.L.gs n. 39/2013

- 15) dichiaro inoltre che, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 nonché ai sensi del D.Lgs. n.39/2013 (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata):

ATSMETMI - A00ATSMI  
N.Prot: 0176803/21 - 27/10/2021  
REGISTRO: RP01 / INGRESSO



X di non incorrere in alcuna delle cause di **incompatibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n.39/2013

**Oppure**

che sussistono le seguenti cause di **incompatibilità** di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n.39/2013:

Descrizione carica / incarico ricoperto	Disposizione di riferimento del D.L.gs n. 39/2013

- 16) di essere fisicamente idonea all'impiego;
- 17) di non essere stata destituita o dispensata dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- 18) di autorizzare l'ATS di Milano al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003
- 19) di accettare senza riserve tutte le condizioni previste dal bando di concorso.

Chiede che tutte le comunicazioni inerenti la presente domanda devono essere inviate al seguente indirizzo:

Via Tolentino n. 1 Milano (c.a.p.20155)  
Recapito telefonico 333 4983665  
E-mail [cstellato@ats-milano.it](mailto:cstellato@ats-milano.it)  
PEC.....

Data 27/10/21.....

Firma per esteso Cinzia Stellato.....

**N.B.** Alla domanda il candidato dovrà allegare:

- curriculum formativo e professionale redatto, ai sensi del DPR n. 445/2000 (autocertificazioni), **utilizzando esclusivamente il fac-simile** allegato al presente avviso, datato e firmato;
- se in possesso la certificazione del Direttore relativa alla specifica attività professionale ex art. 6 DPR 484/1997, attestante la casistica delle attività degli ultimi 10 anni nella disciplina a concorso. Si precisa che la presentazione della suddetta certificazione è ad oggi facoltativa in quanto non è stata emanato il relativo decreto attuativo di cui all'art.6 comma 3 e 15 del DPR 484/1997;
- elenco in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati (anche esso datato e firmato);
- elenco in carta semplice, numerato delle proprie pubblicazioni edite a stampa e fotocopia delle stesse (anche esso datato e firmato);
- originale o scansione di quietanza comprovante l'avvenuto versamento della tassa di ammissione al concorso **non rimborsabile** di Euro 10,33=;
- copia documento di identità.

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA  
"UOC Percorsi Integrati per la Cronicità".**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

La sottoscritta STELLATO CINZIA  
nata a POTENZA il 12/10/1959

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'ATS Città Metropolitana Milano, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

**TITOLI DI STUDIO**

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

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso Università
Laurea in Medicina e Chirurgia	/17/10/1988/ Durata 6 anni	Università degli studi di Napoli – Federico II
Specializzazione in Neurologia	/19/10/1992/ Durata 4 anni	Università degli studi di Napoli – Federico II
Corso di perfezionamento in Medicina delle Dipendenze	/30/01/2003/ Durata 1 anno	Università degli Studi di Milano Bicocca
Corso per Dirigenti di Struttura Complessa Area Territoriale	/27 /11 /2014/ Durata 6 mesi	Università Carlo Cattaneo – LIUC – Castellanza (VA) organizzato da EUPOLIS Lombardia – Scuola di Direzione in Sanità

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

## PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

**Seguire attentamente le istruzioni:**

**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 affinenti all'incarico per cui si concorre.**

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

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

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



Seguire attentamente le istruzioni:

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

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

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
ATS Città Metropolitana di Milano	1/01/2016	Alla data odierna	Dirigente medico Medicina Interna	Tempo pieno 38 ore
ASL Milano	18/05/1998	31/12/2015	Dirigente Medico Medicina Interna	Tempo pieno 38 ore
A.O. S. Antonio Abate – Gallarate (VA)	23/03/1998	17/05/1998	Dirigente Medico Neurologia	Tempo pieno 38 ore
ASL Milano	1/1/1998	22/03/1998	Dirigente medico I livello	Tempo pieno 38 ore
Azienda USSL 37 Milano	26/11/1996	31/12/1997	Assistente medico	Tempo pieno 38 ore
Azienda USSL 37 Milano	01/07/1995	15/11/1995	Assistente medico	Tempo pieno 38 ore
USSL 75/IV Milano	16/09/1993	31/01/1994	Assistente medico	Tempo pieno 38 ore

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

**N.B.:** il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001" ... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**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 Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)	Denominazione Incarico (fare breve descrizione)
ATS Città Metropolitana di Milano	1/11/2017 1/11/2020	31/10/2020 a tutt'oggi	Responsabile Struttura Semplice	UOS Reti territoriali e continuità dell'assistenza
ATS Città Metropolitana di Milano	1/10/2016	31/10/2017	Responsabile Struttura semplice	UOS Analisi del bisogno ed integrazione territoriale
ASL Milano	1/10/2013	30/09/2016	Responsabile Struttura semplice	UOS Analisi del bisogno ed integrazione territoriale
ASL Milano	1/7/2010	30/09/2013	Responsabile Struttura semplice	SerT Boifava

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

**N.B.:** il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001" ... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**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

<i>DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione Sede</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale Indicare il C.C.N.L. di riferimento</i>	<i>Indicare la mansione svolta</i>	<i>Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)</i>
Clinic Center Napoli	8/3/1994	25/11/96	Dirigente medico neurologia	Assistente medico – attività clinica	Part time 24 ore

Interruzione dal servizio: dal/\_01\_/07\_\_\_/95\_\_\_/ al/\_15\_/\_11/\_95\_\_\_/ Motivo: aspettativa senza assegni per incarico C/o Az. USSL 37 di Milano

Interruzione dal servizio: dal/\_/\_/\_/ al/\_/\_/\_/ Motivo:\_\_\_\_\_

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

**N.B.:** il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001" ... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

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

presso STRUTTURE PUBBLICHE

I'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.
<b>Tipologia contratto:</b>				
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <span style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> Co.Co.co</span>				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

ENTE Denominazione sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
<b>Tipologia contratto:</b>				
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <span style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> Co.Co.co</span>				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

ENTE Denominazione sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
<b>Tipologia contratto:</b>				
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <span style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> Co.Co.co</span>				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

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

**N.B.:** il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".



**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*

<b>ENTE</b> Denominazione e sede Clinic Center Napoli	<b>DAL</b> (gg/mm/aa) 01/10/1989	<b>AL</b> (gg/mm/aa)	<b>Esatta Qualifica</b> di inquadramento dirigente medico 15/09/1993	<b>IMPEGNO ORARIO</b> SETT. 24 ore/settimana
<b>Tipologia contratto:</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> X Libero Professionale <span style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> .Co.Co.co</span>				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

<b>ENTE</b> Denominazione e sede	<b>DAL</b> (gg/mm/aa)	<b>AL</b> (gg/mm/aa)	<b>Esatta Qualifica</b> di inquadramento	<b>IMPEGNO ORARIO</b> SETT.
<b>Tipologia contratto:</b>				
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <span style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> .Co.Co.co</span>				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

<b>ENTE</b> Denominazione e sede	<b>DAL</b> (gg/mm/aa)	<b>AL</b> (gg/mm/aa)	<b>Esatta Qualifica</b> di inquadramento	<b>IMPEGNO ORARIO</b> SETT.
<b>Tipologia contratto:</b>				
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <span style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> .Co.Co.co</span>				
<input type="checkbox"/> Consulenza/ Collaborazione Occasionale				

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

**N.B.:** il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**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	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine 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

**Seguire attentamente le istruzioni:**

**ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE**

**L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato. Indicare solo i corsi aggiornamento degli ultimi dieci anni e che siano attinenti all'incarico per cui si concorre. Se il candidato allega anche la copia degli attestati, dovrà numerare progressivamente le copie degli attestati riportando la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione.**

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

**N.1:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> XCONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Congresso tematico nazionale FederSerD</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FederSerD
Data	25 - 26 Ottobre 2012
Durata	Giorni 2 ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N.2:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>V Congresso Nazionale FederSerD</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FederSerD
Data	23 - 25 Ottobre 2013
Durata	Giorni 3 ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N.3:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Persone in Stato Vegetativo e ricovero in RSA: lo stato dell'arte nel territorio della ASL di Milano</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI
Data	28/10/2015
Durata	Giorni 1 ore 7

Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N.4:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Focus sui servizi per le Demenze a Milano</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio
Data	6-7 novembre 2015
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>11</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N.5:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul Campo
Titolo dell'evento	<b>La gestione dei pazienti in Stato Vegetativo del territorio dell'ATS Città metropolitana: dall'analisi dei dati alle prospettive future</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>RELATORE/RESPONSABILE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	31/05/17 - 30/11/17
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>10</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N.6:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> Formazione sul Campo
Titolo dell'evento	<b>La gestione dei pazienti affetti da SLA/MdM del territorio dell'ATS Città metropolitana: dall'analisi dei dati alle prospettive future</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>RELATORE/RESPONSABILE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	31/05/17 - 30/11/17
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>10</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>



Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
--	---

**N.7:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> XFSC
Titolo dell'evento	<b>RSA leggera ed RSA aperta: verso modalità omogenee della gestione delle richieste di presa in carico</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>X RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	25/09/18 - 29/11/18
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N.8:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Innovazione e ricerca nei percorsi di inclusione sociale di persone con lesione cerebrale acquisita</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> X <b>RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IRCCS Istituto neurologico Besta - Milano
Data	23/11/18
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N.9:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> X FSC _____
Titolo dell'evento	<b>Casi complessi</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>X RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	18/7/18-22/11/18
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N.10:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> X Meeting _____
--	--

Titolo dell'evento	<b>Il percorso Coma to Community: luci e ombre per le persone con disordini della coscienza nella Città Metropolitana di Milano</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>X RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Fondazione IRCCS Ist. Neurologico Besta
Data	8/2/2019
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  4  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N.11:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>JOURNAL CLUB SCIENZA DELLA COSCIENZA - Evoluzione dei percorsi di cura delle persone con GCA in Regione Lombardia e attualità nel territorio della ATS Città Metropolitana di Milano</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>X RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Fondazione IRCCS Ist. Neurologico Besta
Data	20/03/2019 (dal 16/2 al 10/4/19)
Durata	Giorni <u>  5  </u> ore <u>  10  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N.12:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> X FSC _____
Titolo dell'evento	<b>I flussi informativi nell'area delle attività sociosanitarie e sociali</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> <b>X RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	18/09/19
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  8  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N.13:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> X FSC _____
Titolo dell'evento	<b>Le attività della UOC Percorsi integrati per la cronicità</b>

In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	19/6/19 – 6/11/19
Durata	Giorni <u>  5  </u> ore <u>  10  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N.14:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> <b>EVENTO FORMATIVO</b> <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>La presa in carico integrata del paziente con SLA in fase avanzata</b>
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> <b>RELATORE</b> <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Fondazione Maddalena Grassi
Data	13 e 21/11/2019
Durata	Giorni <u>  2  </u> ore <u>  10  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> <b>X</b> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> <b>X</b> no <input type="checkbox"/>

**N. 15:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Percorso di formazione per dirigenti di struttura semplice e semplice dipartimentale del Dipartimento Dipendenze</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL MI
Data	14/11/11 16/12/11
Durata	Giorni <u>  4  </u> ore <u>  40  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> <b>X</b> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> <b>X</b> no <input type="checkbox"/>

**N. 16 :**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> <b>X</b> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONVEGNO</b> <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>L'assegnazione degli obiettivi ai collaboratori: quali strumenti per pianificare, misurare, monitorare</b>

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL Milano
Data	27/03/12
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 17:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>Tutta cuore e cervello: La SLA in un'offica di genere</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Scuola Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	13/03/14
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7.30</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 18:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>Il CAD e la pubblica amministrazione digitale. Digitalizzazione dei documenti e archiviazione digitale. Obiettivi, vincoli normativi e strumenti</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL MI
Data	23/09/14
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6.5</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>

**N. 19:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>ADI: lo stato dell'arte in ASL Milano</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL MI
Data	03/11/14
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>



Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
--	---

**N. 20:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> XCORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Il Preposto nel sistema di prevenzione aziendale</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL MI
Data	03/12/14
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  4  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> X

**N. 21:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> XCORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>La L. 190/2012 e i reati contro la pubblica amministrazione</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL MI
Data	15/12/14
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> X

**N. 22:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> XCONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Persone con demenza: impatto clinico ed evidenze scientifiche dei trattamenti psico-sociali</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Segesta 2000
Data	24/03/15
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  7  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 23:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>La responsabilità nei servizi socio-sanitari</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>

Ente organizzatore	Fondazione Mantovani Onlus
Data	15/04/15 15/04/15
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 24:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> XCORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Il CAD e la Pubblica Amministrazione Digitale</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL MI
Data	07/05/15
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6.5</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>

**N. 25:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> XCORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>La L. 190/2012, la trasparenza e la tutela della riservatezza dei dati sanitari</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASL MI
Data	08/07/15
Durata	Giorni <u>1</u> ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>

**N. 26:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input checked="" type="checkbox"/> X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Approccio nutrizionale e psicobiosociale nella malattia di Alzheimer</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Fondazione don Gnocchi
Data	21/09/15
Durata	Giorni <u>1</u> ore _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 27:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> X Workshop_____
Titolo dell'evento	<b>Regione Lombardia combatte la violenza al fianco delle donne: il ruolo del sistema sanitario</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola Direzione in Sanità Eupolis Lombardia
Data	29/9/2015
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 6 _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 28:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Il dirigente nel Sistema Sanitario Nazionale: poteri, doveri, responsabilità, consapevolezza del ruolo e comunicazione</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI
Data	08/10/15
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 8 _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 29:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Corso di formazione obbligatorio ai sensi dell'art. 37 d. lgs 81/08 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011. lavoro sicuro: rischi trasversali.</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL MI
Data	19/11/15
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 4 _____
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 30:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Il rapporto OASI e le proposte per il SSN</b>

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	SDA Bocconi
Data	08/10/15
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N. 31:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONFERENZA</b>
Titolo dell'evento	<b>11^ Conferenza nazionale GIMBE</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	GIMBE
Data	04/03/2016
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N. 32:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>Il nucleo Alzheimer RSA come comunità che si prende cura</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	IMMeS e PAT
Data	7/10/16
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 33:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONVEGNO</b> <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>Gravi cerebrolesioni acquisite in età evolutiva. Bambini e adolescenti dopo una lesione cerebrale: un nuovo progetto di vita</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Cooperativa progettazione
Data	14/10/16
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>



Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
<b>N. 34:</b>	
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>Attuazione della Legge di evoluzione del SSR Progetto PDTAR - Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo - sulle Demenze</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	20/10/16
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 35:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>Continuità ospedale territorio nel sud Milano: attualità e prospettive.</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Fondazione LUVI
Data	22/10/16
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u></u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 36:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>La gestione del paziente oncologico nello studio del medico di medicina generale.</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	22/11/16
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u></u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 37:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
--	--

Titolo dell'evento	<b>Continuità assistenziale nel paziente oncologico fragile. La riabilitazione oncologica al Pio Albergo Trivulzio.</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASP IMMeS e PAT
Data	06/04/17
Durata	Giorni <u>1</u> <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 38:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Qualità della cura e qualità della vita in RSA</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	20/04/17
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 39:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Demenze: decidere come, perché e per chi</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Università di Verona
Data	26/05/17
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 40:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>La norma ISO 9001:2015</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	20/06/17
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

<b>ECM</b>	
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 41:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>La valutazione della ricaduta organizzativa della formazione</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	11/10/17 22/11/17
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>10</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 42:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Premio Qualità</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	13/10/17
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 43:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Qualità della vita in RSA</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	15/11/17
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 44:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Il tempo nelle organizzazioni e nei servizi alla persona: responsabilità ed etica professionale</b>

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	Città Metropolitana di Milano
Data	04/012/17
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4:30</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 45:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Il sistema di gestione della privacy in ATS Milano: organizzazione, ruoli e strumenti</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	05/03/18 31/05/18
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 46:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Sicurezza informatica in ambito sanitario</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	19/03/18 31/12/18
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 47:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>QUALITA' DELLA VITA IN RSA - LABORATORIO 2 ANNO</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	23/05/18 03/07/18
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>20</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>



**N. 48:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input checked="" type="checkbox"/> X FSC _____
Titolo dell'evento	<b>ATTIVITA' DI CASE MANAGEMENT AUTISMO: VERSO MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEI BISOGNI</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	02/10/18 04/12/18
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 49:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Metodo e strumenti per la definizione di protocolli, linee guida e progettualità integrate</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	02/10/18 18/10/18
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 50:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>TESTAMENTO BIOLOGICO DALLA LEGGE ALLA QUOTIDIANITA</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Fondazione Castellini Onlus Melegnano
Data	05/10/18
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 51:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>IL GOVERNO DELLA RETE VERSO UNA GOVERNANCE MULTILIVELLO</b>

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	25/10/18 07/11/18
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 52:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE NEL CONTESTO METROPOLITANO MILANESE</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	14/11/18
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 53:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>Percorsi, misure, reti: il nuovo vocabolario del welfare a sostegno della famiglia e delle sue fragilità nel territorio di ATS Milano</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	27/11/18
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 54:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>PIANI DI ZONA ED INTEGRAZIONE SOCIALE, SANITARIA E SOCIO-SANITARIA</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	13/12/2018
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 55:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO
--	---

casella interessata)	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>FORMAZIONE GENERALE DEI LAVORATORI AI SENSI DEL D.LGS. 81/08</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	01/01/19 31/12/19
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N. 56:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO E METODOLOGIA DI VALUTAZIONE</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	04/01/19 30/04/19
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 57:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>CRONICITA' TRA CURA E PREVENZIONE: IL NUOVO MODELLO DI GESTIONE IN LOMBARDIA E IL RUOLO DI ATS E DEI SUOI OPERATORI</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	4/01/19 31/03/19
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 58:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>UTENTE DOCUMENTALE (FACENTI FUNZIONI E RESPONSABILI) - SOSTITUZIONE ATS MILANO - PERS. DIPENDENTE</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	16/01/19

Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  3  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X

**N. 59:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>SAREMO ATS</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	09/04/19
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  4  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 60:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>SMART WORKING</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	29/04/19 31/12/19
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  2  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 61:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE: INTEGRAZIONE FRA MMG E TEAM SPECIFICO</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	08/06/19
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  5  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 62:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
--	---

Titolo dell'evento	<b>NUOVI ORIZZONTI IN TEMA DI INVALIDITA' CIVILE , HANDICAP E DISABILITA'</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ASST Santi Paolo Carlo
Data	21/06/19
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  7.30  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 63:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN ATS MILANO: IL REGOLAMENTO UE 2016/679</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	17/07/19 31/12/19
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  4  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 64:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>IL CONFLITTO DI INTERESSI E LE SCELTE COMPORTAMENTALI</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	10/09/19 31/12/19
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  1  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 65:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>IL CONTROLLO NELL'ESECUZIONE DEI CONTRATTI</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> <b>PARTECIPANTE</b>
Ente organizzatore	ATS MI
Data	01/10/19 31/12/19
Durata	Giorni <u>  1  </u> ore <u>  1  </u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>



Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
--	--

**N. 66:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>MISURA B1 VERSO MODALITA' OMOGENEE DELLA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI PRESA IN CARICO</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	09/10/2019
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 67:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>LA GESTIONE DEL DOLORE E DEL FINE VITA: PERCORSI DI UMANIZZAZIONE DELLE CURE NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	17/10/19
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 68:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>INTEGRARE LE CONOSCENZE PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	23/10/19 16/12/19
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>9</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**N. 69:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>WELFUTURO, UNO SGUARDO OLTRE</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE

Ente organizzatore	ATS MI
Data	25/11/19
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>4</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N. 70:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>IL PREPOSTO NEL SISTEMA DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE: POTERI, DOVERI, RESPONSABILITA'. CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	29/11/19 31/12/19
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

**N.71:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>Il profilo di salute di comunità: la comunità locale come soggetto di bisogni e di risorse per la salute</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	05/10/20 - 30/11/20
Durata	Giorni <u>6</u> ore <u>12.30</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X- no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X- no <input type="checkbox"/>

**N.72:**

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	<b>Gestione di data breach e incidenti di sicurezza</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	15/06/20 31/12/20
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>1</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

N.73:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	<b>CONOSCERE E PREVENIRE IL RISCHIO CONTAGIO DA COVID 19</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS MI
Data	07/07/20 31/12/20
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>2</u>
Specificare se l'attività formativa è <b>ECM</b>	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> X no <input type="checkbox"/>

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:

A.A. ovvero ore <b>complessive</b> insegnamento	Università	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 complessive insegnamento

**Ulteriori attività**

DESCRIZIONE
Correlatore tesi di Laurea - Laurea Magistrale in Farmacia – Università degli di Studi di Milano Anno accademico 2011-12: "Riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze: il caso del gioco d'azzardo patologico"
Correlatore tesi di Laurea - Laurea magistrale in Scienze Cognitive e Processi Decisionali – Università degli Studi di Milano: "GAP : pensavo fosse un gioco..."

**Ulteriori dichiarazioni**

DESCRIZIONE

Data 27/10/21

Firma Cinzia Velluto

**Si allega fotocopia di valido documento di identità.**

Ai sensi del D.Lgs 196/03, 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

