

Allegato 2

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DE CAROLIS ANDREA
(allegato alla domanda di partecipazione)

**ALL'AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO DI INCARICO QUINQUENNALE
DI DIRIGENTE MEDICO
DIRETTORE UOC UROLOGIA P.O. Tivoli**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto dichiara quanto segue:

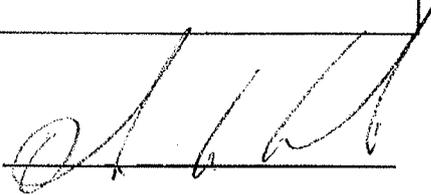
DATI PERSONALI	
Cognome e Nome	[REDACTED]
Data di nascita	[REDACTED]
Indirizzo (residenza)	[REDACTED]
Indirizzo (domicilio)	[REDACTED]
Telefono	[REDACTED]
E-mail PEC	[REDACTED]
Nazionalità	[REDACTED]
Titoli accademici e di studio <i>Elencare separatamente ciascun titolo accademico conseguito evidenziando per ognuno l'Ente e l'anno di conseguimento.</i> - lauree - specializzazioni - dottorati - master - corsi di perfezionamento	<ul style="list-style-type: none"> • LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO UNIVERSITA' TOR VERGATA ANNO 2000 • SPECIALIZZAZIONE PRESSO UNIV. DI TOR. VERGATA UROLOGIA 2005 50/50 con lode • MASTER DI 2° LIVELLO IN <ul style="list-style-type: none"> - ANDROLOGIA 2008/2009 - CHIR. UROLOG. LPS 2013/2014 - CHIR. UROLOG. LPS E ROBOTICA } UNIV. LA SAPIENZA CORSI PERFEZ. : 2021/2022 CORSO ITINERANTE (WE-LAP) IN LPS 2018/2019
Tipologia delle Istituzioni e tipologia delle prestazioni erogate <i>Elencare:</i> - la tipologia delle istituzioni in cui il candidato ha svolto la sua attività - la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime <i>Il candidato in alternativa all'autodichiarazione può allegare attestazione rilasciata dall'Azienda presso la quale la suddetta attività è stata svolta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • OSP. POLICLINICO CASILINO dal 2005 al 2016 • ASL RM 5 OSP. PARODI DELFINO dal 2016 al 2020 COLLEFERRO • OSP. S. GIOVANNI EVANGELISTA TIVOLI dal 2020 ad OGGI <p>PRESTAZ. CHIRURGICHE AMBULATOR ASSISTENZIALI E DIAGNOSTICHE</p>
Esperienze lavorative <i>Elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto evidenziando per ognuno:</i> - nome e indirizzo dell'Azienda / Ente <i>(specificare se pubblica o privata o accreditata con SSN)</i> - periodo lavorativo	<p>VEDI PRECEDENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • POLICL. CASILINO dal 1/12/2005 al 15.10.2016 V. CASILINA N° 1049 ROMA MEDICO FASCIA B • OSP. PARODI DELFINO COLLEFERRO P.ZZA AUDO MORO N1 dal 16.10.2016 al 2.01.2020 DIRIGENTE 1° LIVELLO %

<p>(da gg.mm.aa. - a gg.mm.aa.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - qualifica ricoperta e tipologia del rapporto di lavoro (lavoro subordinato, incarico libero prof.le ecc.) - principali mansioni e responsabilità (specificare l'attribuzione di eventuali incarichi manageriali: direzione di moduli organizzativi, strutture semplici, strutture complesse e la normativa di riferimento) 	<p>OSP. S. GIOVANNI EVANGELISTA TIVOLI dal 03.01.2020 ad OGGI VIA. A. PARROZZANI N° 3 TIVOLI DIRIGENTE 1° LIVELLO ed INCARICO DI VICARIO FACENTE FUNZIONE</p> <p>• INCARICO PROFES. CHIRURG. UROLOG. LPS dal 28/07/2022 TIVOLI</p>
<p><u>Soggiorni di studio o di addestramento prof.le</u></p> <p>Elencare le singole attività attinenti la disciplina effettuate in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori precisando struttura, attività svolta, periodo (da gg.mm.aa. - a gg.mm.aa.)</p>	
<p><u>Attività didattica</u></p> <p>Elencare le singole attività didattiche presso corsi di studio per il conseguimento del diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione dell'anno accademico, della materia e delle ore annue di insegnamento.</p>	<p>DOCENTE IN CORSO LAUREA IN SCIENZE INFERMIER. UNIVERSITA' STUDI DI ROMA LA SAPIENZA dal 2018-2019</p> <p>DOCENTE IN CORSO LAUREA IN SCIENZE INFERM. UNIVERSITA' DI TOR VERGATA dal 2021 ad OGGI</p>
<p><u>Corsi, congressi, convegni e seminari</u></p> <p>Elencare le singole partecipazioni a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, purché abbiano in tutto o in parte, finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, nonché alla pregresse idoneità nazionali. Indicare per ogni evento il titolo, la durata, con /senza esame finale. Evidenziare la partecipazione in qualità di docente o relatore</p>	<p>• CO RELATORE PROGRAMMA NAZIONALE PER FORMAZ. CONTINUA OPERATORI della SANITA 2008/2009 ROMA EVENTO FORMAT. N° 1804 - 22 99 30 POCKET UROLOGIST FORM. UROL. BASE</p>
<p><u>Produzione scientifica</u></p> <p>Elencare le singole pubblicazioni edite a stampa indicando per ognuna titolo, autori, rivista scientifica. Ai sensi dell'art. 8 - comma 5 - del DPR n. 484/97 i singoli lavori devono essere allegati alla domanda in originale o in fotocopia con dichiarazione di conformità all'originale (allegare elenco numerato progressivamente in relazione alla corrispondente pubblicazione).</p>	<p>N° 5 ARTICOLI VEDI ALLEGATI</p>
<p><u>Tipologia quantitativa e qualitativa delle prestazioni effettuate</u></p> <p>Concerne l'attività/casistica misurabile in</p>	

<p>termini di volume e complessità riferita al quinquennio precedente alla data di pubblicazione dell'avviso sulla Gazzetta ufficiale.</p> <p>Al sensi dell'art. 8 - comma 5 del DPR n. 484/97 tale attività non può essere autodichiarata ma deve essere <u>certificata</u> dal Direttore Sanitario sulla base dell'attestazione del dirigente di II° livello responsabile del competente dipartimento o unità operativa della USL o dell'Az. ospedaliera (art. 6 - comma 2 - DPR n. 484/97)</p>	<p>SI INSERISCE IN ALLEGATO CASISTICA OPERATORIA</p>
<p><u>Attività di ricerca</u></p> <p>Elencare le singole attività di ricerca pertinenti svolte.</p>	
<p><u>Capacità e competenze personali, capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali</u></p> <p>Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite</p>	<p>◦ TECNICHE COMUNICATIVE E SANITARIE DI APPROCCIO CON CITTADINI STRANIERI (CORSO di FORM. Allegato)</p> <p>◦ CAPACITÀ EMPATICHE</p> <p>◦ MASTER ATTUALM. IN ESECUZ. (2° LIVELLO) IN ECONOMIA SANITARIA</p>
<p><u>Ulteriori Informazioni</u></p>	

Data 26/10/2024

Firma



Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03

Data 26/10/2024

Firma

