



ALLEGATO B)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE  
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a dott. /dott.ssa BERTELLI MARCO

codice fiscale BBTARC61E034839 nato/a UDINE  
il 02 07 1961, residente in Via/Piazza ...  
Prov. ... CAP ... tel. ...  
... email ...

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

TITOLI DI STUDIO

Laurea in MEICINA E CHIRURGIA  
conseguita presso UNIVERSITA' NECCI STUDI DI TRIESTE  
voto ..... in data .....

Specializzazione in PSICHIATRIA  
conseguita presso UNIVERSITA' NECCI STUDI DI TRIESTE  
in data 16.12.1993  
della durata di anni 4.

(specificare se conseguita ai sensi del D. Lgs. 8 agosto 1991, n. 257, e/o del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368. Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare i seguenti estremi del provvedimento (numero e data) di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'Autorità italiana competente .....

Ulteriori titoli di studio .....  
conseguiti presso .....  
in data .....  
della durata di anni .....

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) .....  
conseguito presso .....  
in data ..... durata .....

Iscrizione albo ordine dei Medici Chirurghi di UDINE  
n. posizione 3565 decorrenza iscrizione 10.01.1990

Abilitazione all'esercizio della professione nel ANNO 1989 Sessione (prima/seconda) PRIMA SECONDA

SERVIZI SVOLTI (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia di rapporto di lavoro)

Presso la seguente struttura pubblica e/o privata VEDI ALLEGATO  
(indicarne esattamente la denominazione, completo di indirizzo, e la struttura/servizio/unità operativa di assegnazione)



.....  
.....

Con contratto di lavoro (lasciare solo la parte che interessa)

- SUBORDINATO, a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO, in qualità di Dirigente Medico, disciplina .....n° ore settimanali ..... ;
- SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO, a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO/PROVVISORIO/SOSTITUTO, Branca di assegnazione....., n° ore settimanali .....
- LIBERO PROFESSIONALE, in qualità di ....., n° ore settimanali..... ovvero n° ore mensili .....
- CO.CO.CO., in qualità di ....., n° ore settimanali ..... ovvero n° ore mensili .....
- BORSISTA in qualità di ....., n° ore settimanali ..... ovvero n° ore mensili .....
- ALTRO .....

Durata:

dal .....(data inizio servizio – gg/mm/aa) al .....(data fine servizio – gg/mm/aa)  
eventuali periodi di aspettativa senza assegni: .....  
altro: .....  
eventuale causa di risoluzione del contratto: .....

**ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna esperienza lavorativa all'estero)**

Per i servizi prestati all'estero, per i quali occorre aver ottenuto il necessario riconoscimento da parte dell'Autorità italiana competente, si riportano gli estremi di tale provvedimento (numero e data): .....

**TIPOLOGIA DELLE ISTITUZIONI IN CUI SONO ALLOCATE LE STRUTTURE PRESSO LE QUALI HA SVOLTO L'ATTIVITA' E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE MEDESIME**

*(Da allegare originale o copia conforme la documentazione attestante la tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime, rilasciata dagli Enti in cui il candidato ha prestato e/o presta servizio)*

Si allega alla domanda di ammissione la certificazione originale / in copia che si dichiara, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, conforme all'originale.

**POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE**

*(Vanno indicate la posizione funzionale e le competenze del candidato nelle strutture con indicazione di specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione)*

.....  
.....

**CASISTICA**

*(Da allegare originale o copia conforme della tipologia e quantità di prestazioni effettuate dal candidato, riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'Avviso in Gazzetta Ufficiale. L'attestazione deve essere certificata dal Direttore Sanitario sulla base dell'attestazione del Direttore Responsabile del competente Dipartimento o Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera)*



Si allega alla domanda di ammissione la certificazione originale / in copia che si dichiara, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, conforme all'originale.

**ATTIVITA' DIDATTICA/INSEGNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascuna attività didattica/insegnamento)**

Corso di studio per il conseguimento di Diploma di .....  
presso Ente ..... sede di .....  
materia insegnata ..... per tot. n° ore ..... dal ..... (gg/mm/aa) al ..... (gg/mm/aa)

**PUBBLICAZIONI (da compilare e ripetere per ciascuna pubblicazione)**

*(Da allegare la produzione scientifica edita a stampa, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il relativo impatto sulla comunità scientifica).*

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le copie delle pubblicazioni – edite a stampa – allegate alla domanda di ammissione e di seguito elencate, sono conformi agli originali:

1) Poster/ Abstract /Articolo /Capitolo di libro (*LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA*)

Nazionale/ Internazionale.....

Titolo: .....

Autori .....

Rivista scientifica / altro .....

Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

2) *(ripetere per ciascuna pubblicazione prodotta)*

**SOGGIORNI DI STUDIO O DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE IN RILEVANTI STRUTTURE ITALIANE O ESTERE DI DURATA NON INFERIORE AD UN ANNO (da compilare e ripetere per ciascun soggiorno di studio)**

*(Sono esclusi i tirocini obbligatori)*

Presso .....(indicare esattamente la struttura pubblica o privata, completa di indirizzo), in qualità di .....  
dal .....(gg/mm/aa) al .....(gg/mm/aa)

**ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO ANCHE EFFETTUATA ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna attività)**

1) Partecipazione in qualità di relatore/uditore al corso/congresso/convegno/seminario (*LASCIARE SOLO L'IPOTESI CHE INTERESSA*):

Titolo del Corso .....

Ente Organizzatore, sede/ Luogo di svolgimento.....

Data/e di svolgimento..... Ore complessive n. ....con/senza esame finale, con/senza crediti ECM n°.....

2) *(ripetere per ciascuna attività di aggiornamento)*

**ULTERIORI ATTIVITÀ**

.....



**CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI**

Organizzative .....  
Tecniche.....  
Relazionali.....  
Lingue straniere conosciute TEDESCO E FRANCESE  
Altre capacità e competenze .....

Il sottoscritto acconsente alla pubblicazione del presente curriculum nel sito internet aziendale, secondo quanto disposto dal punto 7 dell'allegato A alla deliberazione della Giunta Regionale del Veneto del 19 marzo 2013, n. 343.

Luogo e Data

Firma per esteso

Verona, 23/11/2015

Jacopo Roli

*Struttura Complessa Risorse Umane*

Periodi di servizio:

Il dr. BERTOLI Marco, nato a Udine il 03.05.1961, ha prestato e presta servizio presso questa Azienda come segue:

- dal 01.03.1995 al 18.01.1996 in qualità di assistente medico della disciplina di Psichiatria supplente, non di ruolo, con rapporto di lavoro a tempo pieno;
- il 19.01.1996 lo stesso è cessato dal servizio per dimissioni volontarie;
- dal 19.09.1996 al 05.12.1996 in qualità di medico di 1° livello dirigenziale fascia B), della disciplina di Psichiatria, a tempo determinato, con rapporto di lavoro a tempo pieno;
- dal 6.12.1996 al 18.01.1998 in qualità di dirigente medico di 1° livello dirigenziale della disciplina di Psichiatria, a tempo determinato, con rapporto di lavoro a tempo pieno;
- dal 19.01.1998 al 08.06.2000 in qualità di dirigente medico di 1° livello dirigenziale della disciplina di Psichiatria, a tempo indeterminato, con rapporto di lavoro a tempo pieno;
- dal 09.06.2000 e continua in qualità di dirigente medico della disciplina di Psichiatria, a tempo indeterminato e con rapporto di lavoro a tempo pieno;

Si certifica, inoltre, quanto segue:

con provvedimento n. 2250 del 20.01.1997, è stato nominato Referente Responsabile della costituenda Unità Operativa: Strutture protette, semiprotette e di abilitazione-riabilitazione;

con decreto del Direttore Generale n.1337 del 02.12.1998 è stato nominato Responsabile del Centro di Salute Mentale di Palmanova fino al 31.12.1999;

con decreto del Direttore Generale n. 203 del 08.07.1999 è stato nominato Responsabile del Centro di Salute Mentale di Latisana;

con decreto del Direttore Generale n.5 del 05.01.2000 allo stesso è stato attribuito l'incarico di Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale a decorrere dal 05.01.2000;

con decreto del Direttore Generale n. 436 del 22.12.2000 allo stesso è stato conferito l'incarico di Direttore della Struttura Operativa Complessa Centro di Salute Mentale, dal 29.12.2000 e per un quinquennio. Tale incarico è stato rinnovato sino al 31.03.2010 giusto decreto n.124 del 27.03.2006.

Con nota prot. n.9614 del 29.03.2010 allo stesso è stato concesso un periodo di aspettativa per assunzione incarico di Direttore Sanitario presso ASS n. 2 "Isontina", per il periodo 1.04.2010-31.12.2014.

Rientro dal periodo di aspettativa per incarico di Direttore sanitario presso ASS n. 2 "Isontina" a seguito di quanto disposto dall'art. 11, c. 1 L.R. 16/10/2014 n. 17 e conferma della titolarità dell'incarico di Direttore della Struttura Complessa di Latisana, decr. D.G. n. 34 del 29/01/2015.

*Adine, 23.11.2015*

