



ALLEGATO B)

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

Il sottoscritto ~~/a~~ dott. /dott.ssa LENTINI MARIO

codice fiscale LNTHRA72COIC351L nato/a CATANIA  
il 01/03/1972 residente in Via/Piazza ..... n. .... Località  
..... 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' DEGLI STUDI DI CATANIA  
voto 100/110 in data 26.10.1998

Specializzazione in OTORINOLARINGOIATRIA  
conseguita presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA  
in data 15/10/2002  
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 CATANIA  
n. posizione 11770 decorrenza iscrizione 16.06.1999

Abilitazione all'esercizio della professione nel 1999 Sessione (~~prima~~/seconda) SECONDA

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

Presso la seguente struttura pubblica e/o privata  
(indicare 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 OTORINOLARINGOIATRIA .....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 01/03/2007 (data inizio servizio – gg/mm/aa) al TUTT'OGGI (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.

**ATTIVITÀ 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... INGLESE- SPAGNOLO.....  
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

22/05/15

Firma per esteso

Me's Altini