



## Giacomo Carganico

### Esperienza Professionale

---

- **ASL VCO - SOC CHIRURGIA GENERALE** 9/2019 - 3/2020  
Dirigente Medico Volontario
- **ASL VCO- SOC MEDICINA INTERNA COVID** 3/2020 - In corso  
Medico Libero Professionista

### Formazione Scolastica

---

- **Liceo Bonaventura Cavalieri** 2011  
Maturità scientifica  
84/100
- **Università degli studi di Pavia** 2019  
Laurea Medicina e Chirurgia  
110/110
- **Abilitazione alla professione di Medico Chirurgo** Marzo 2020

### Abilità

---

- Capacità professionale completa di utilizzo del pacchetto word Office.

### Le Lingue

---

- Inglese: conoscenza professionale completa.
- Francese: buona conoscenza della lingua.

**SOC GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE**

Sede legale :Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Omegna : Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail :osru@aslvco.it  
SOS Formazione Tel. 0323/868394 gpcif@aslvco.it  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail :previdenza@aslvco.it  
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail:stipendi@aslvco.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 2 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 1 D.P.R. 20.10.98 n. 403)**

Il/La sottoscritto/a GIACOMO CARBANICO  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

**DICHIARA**

- 1 - Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2 - Di essere residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con domicilio in \_\_\_\_\_
- 3 - Di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_
- 4 - Di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_

per i residenti all'estero: se nati in Italia indicare il Comune di nascita; se nati all'estero precisare a quale titolo siano cittadini italiani

- 5 - Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_
- 6 - Di essere di stato civile \_\_\_\_\_
- 7 - Di essere nella seguente posizione nel riguardo degli obblighi militari \_\_\_\_\_
- 8 - di non avere riportato condanne penali \_\_\_\_\_  
avere \_\_\_\_\_

9 - di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
Indicare denominazione, sede ed anno di conseguimento titolo  
- DIPLOMA PATOLOGIA SCIENTIFICA \_\_\_\_\_ 2011 VERBANA  
- LAUREA MAGISTRE MEDICINA E CHIRURGIA  
2010 UNIVERSITA' DI PAVIA

10 - di essere in possesso del seguente titolo professionale .....  
Indicare denominazione, sede e anno conseguimento  
- ABILITAZIONE PROFESSIONALE MEDICO CHIRURGO

11 - di essere in possesso della specializzazione in .....  
Indicare denominazione, sede e anno conseguimento

12 - di essere abilitato all'esercizio della professione ..... MEDICO CHIRURGO 2020  
Indicare sede e anno conseguimento  
L/0 UNIVERSITA' DI PAVIA

13 - di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di ... VENEZIA .....  
al n. ... 173 ..... dal ... 3/12 .....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del d.p.r. 20/10/1998 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dati personali") risulta informato delle seguenti circostanze (1) che il titolare del trattamento è l'ASL V.C.O., i cui riferimenti di contatto sono indicati nell'intestazione di questo documento; (2) che il titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo dpo@asvco.it; (3) che il trattamento dei propri dati è effettuato per finalità di selezione del personale e formazione sulla base del proprio consenso espresso (art. 6.1.a del GDPR), (4) che l'informativa completa è disponibile sul sito [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it).

Il sottoscritto concede il proprio 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.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto

Omegna, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SOC GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI**

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Omegna : Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail : osru@aslvco.it  
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail : previdenza@aslvco.it  
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491250 e-mail : stipendi@aslvco.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 4 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 2 D.P.R. 20.10.98 n. 403)

Il/La sottoscritto/a GIACOMO CARICANICO  
Nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]  
E residente in [REDACTED]  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

**DICHIARA**

di non avere intrattenuto negli ultimi 3 anni altri rapporti di lavoro dipendente o collaborazioni a vario titolo con soggetti privati in qualunque modo retribuiti  
- Art.6 Codice di Comportamento

OVVERO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non appartenere ad Organizzazioni o Associazioni i cui interessi possano interferire con l'attività di servizio - Art.5 Codice di Comportamento

OVVERO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non avere altri rapporti di lavoro dipendente pubblici o di rapporti convenzionali con il SSN

OVVERO

di essere nel rapporto di: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERIODO DI PROVA PER PERSONALE DEL COMPARTO :**

Ai sensi dell'art. 25 del CCNL del personale del Comparto Sanità del 21/05/2018, il sottoscritto dichiara che il presente rapporto di lavoro non è soggetto al periodo di prova in quanto :

- ha già precedentemente superato il periodo di prova in rapporti di lavoro subordinato, nella medesima categoria, profilo e disciplina, ove prevista

**SOLO PER DIRIGENZA CON INCARICHI DI FUNZIONI  
DIRIGENZIALI DI SOC O SOS INDIPENDENTI O  
DIPARTIMENTALI**

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.Lgs.165/2001 e s.m.i., alla Legge 662/96, all'art. 72 Legge 448/98 ed artt.3 -7-9-12 del D.Leg.vo 39/2013

OVVERO

---

---

---

- di non avere situazioni di conflitto di interessi – Art. 6 e Art.13 comma 3 Codice di Comportamento

OVVERO

---

---

---

- di non avere parenti o affini entro il 3° grado, coniuge o convivente con attività politico economica o professionale con possibile connessione o coinvolgimento nell'attività inerente l'ufficio – Art.13 comma 3 Codice di Comportamento

OVVERO

---

---

---

14

di avere i seguenti rapporti convenzionali con il S.S.N.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non essere mai stato dispensato o destituito da impieghi presso pubbliche amministrazioni

di non essere titolare di alcun tipo di pensione

OVERO

di essere titolare della seguente pensione : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.

OVERO

**PERIODO DI PROVA PER PERSONALE DELLA DIRIGENZA :**

Ai sensi dell'art. 12 – comma 12- CCNL 19/12/2019 - il sottoscritto dichiara che il presente rapporto di lavoro non è soggetto al periodo di prova in quanto :

- ha già precedentemente superato il periodo di prova in rapporti di lavoro subordinato, anche a tempo determinato di durata superiore a 12 mesi, nei medesimi ruolo, qualifica e disciplina nelle seguenti Aziende, Enti o Istituti del comparto Sanità:
- ha svolto rapporti di lavoro subordinato in termini pari o superiori a 12 mesi, nei medesimi ruolo, qualifica e disciplina di Aziende, Enti o Istituti del comparto Sanità

Periodo : dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Qualifica : Dirigente \_\_\_\_\_ Disciplina : \_\_\_\_\_  
 Tempo determinato  Tempo indeterminato  
Presso : \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Qualifica : Dirigente \_\_\_\_\_ Disciplina : \_\_\_\_\_  
 Tempo determinato  Tempo indeterminato  
Presso : \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Qualifica : Dirigente \_\_\_\_\_ Disciplina : \_\_\_\_\_  
 Tempo determinato  Tempo indeterminato  
Presso : \_\_\_\_\_

- di non aver riportato condanne penali e di non essere sottoposto a giudizio per i reati di cui al titolo II Capo I del Codice Penale:

---

---

---

---

---

OVVERO

---

---

---

---

---

**N.B. Barrare le voci che interessano e completare con le dichiarazioni richieste**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del d.p.r. 20/10/1998 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dati personali") risulta informato delle seguenti circostanze (1) che il titolare del trattamento è l'ASL V.C.O., i cui riferimenti di contatto sono indicati nell' intestazione di questo documento; (2) che il titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo [dpo@asvco.it](mailto:dpo@asvco.it); (3) che il trattamento dei propri dati è effettuato per finalità di selezione del personale e formazione sulla base del proprio consenso espresso (art. 6.1.a del GDPR), (4) che l'informativa completa è disponibile sul sito [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it).

Il sottoscritto concede il proprio 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.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto

Omegna



L' DICHIARANTE



La suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

L'IMPIEGATO ADDETTO

\_\_\_\_\_