

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **MANDELLI LAURA**
 Indirizzo [REDACTED]
 Telefono [REDACTED]
 Fax [REDACTED]
 E-mail [REDACTED]
 Nazionalità Italiana
 Data di nascita [REDACTED]

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Dal 1982 al 2018 **DIRIGENTE MEDICO PRESSO MCU**
Azienda Sanitaria Locale VCO
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità **Responsabile di struttura semplice di medicina e chirurgia d'urgenza**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- 20 ottobre 1981 **Laurea in Medicina e Chirurgia**
Università degli Studi di Milano
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio **Medicina e Chirurgia**
- Qualifica conseguita **Medico Chirurgo**
- 1989 **Specialità in Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva**
Università degli Studi di Milano
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio **Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva**
- Qualifica conseguita **Specialista in Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva**

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

MADRELINGUA

ITALIANA

ALTRE LINGUA

FRANCESE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

Buono

Buono

Buono

**CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI**

Buone capacità relazionali e di lavorare in team.

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE**

Capacità direttive.

**CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE**

Lunga esperienza nella medicina d'urgenza.

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ARTISTICHE**

NULLA

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

PATENTE O PATENTI

Patente B

Ultimo aggiornamento 24/01/2020



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 491260 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 MANDELLI LAURA
Nato/a a _____ il _____
E residente in _____ (Prov.) _____
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: PENSIONATO

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

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

di non essere titolare di alcun tipo di pensione

OWERO

di essere titolare della seguente pensione : INPS

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

OWERO

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 1982 al 2018
Qualifica : Dirigente MEIOS Disciplina : MCU
 Tempo determinato Tempo indeterminato
Presso : ASL VCO

Periodo : dal _____ al _____
Qualifica : Dirigente _____ Disciplina : _____
 Tempo determinato Tempo indeterminato
Presso : _____

Periodo : dal _____ al _____
Qualifica : Dirigente _____ Disciplina : _____
 Tempo determinato Tempo indeterminato
Presso : _____

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

✓
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.

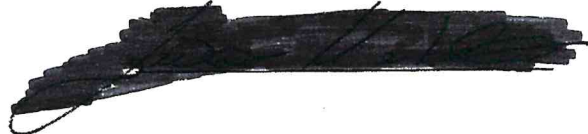
Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dati personali") risulta informato delle seguenti circostanze (1) che il titolare del trattamento è l'ASL V.C.O., i cui riferimenti di contatto sono indicati nell'intestazione di questo documento; (2) che il titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo dpo@asvco.it; (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.

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 

IL DICHIARANTE



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

_____ in data _____

L'IMPIEGATO ADDETTO

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 opcif@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 MANDELLI LAURA

Nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]

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 [REDACTED] il [REDACTED]

2 - Di essere residente in [REDACTED] cap [REDACTED]

Via [REDACTED] n. [REDACTED]

con domicilio in [REDACTED]

3 - Di essere in possesso del seguente codice fiscale [REDACTED]

4 - Di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di [REDACTED]

.....
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 [REDACTED]

6 - Di essere di stato civile [REDACTED]

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 LAUREA IN

indicare denominazione, sede ed anno di conseguimento titolo

MEDICINA e CHIURGIA

MILANO 1981

10 - di essere in possesso del seguente titolo professionale
..... MEDICO CHIURGO MILANO
..... 1981
.....

11 - di essere in possesso della specializzazione in APPARATO DIGESTIVO
..... col ENDOSCOPIA DIGESTIVA
..... MILANO 1989
.....

12 - di essere abilitato all'esercizio della professione MILANO NOVEMBRE
..... 1981
.....

13 - di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di VERBANO (NOVARA)
al n. 1867 dal 21 1 1988

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.

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, [redacted]

IL DICHIARANTE
[redacted]