

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **MARCO VALENTI**
Indirizzo [REDACTED]
Telefono [REDACTED]
E-mail [REDACTED]

Nazionalità [REDACTED]

Data di nascita [REDACTED]

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a) DAL 26-3-1979 AL 31-12-2017 MEDICO CONVENZIONATO PER LA
MEDICINA GENERALE CON LA ASL 14 PIEMONTE

DAL 1982 LIBERA PROFESSIONE COME SPECIALISTA IN
NEUROCHIRURGIA ED ABILITATO ALLA PSICOTERAPIA

DAL 1-1-2018 A TUTT'OGGI DIRETTORE SANITARIO DELLA CASA DI
RIPOSO PER ANZIANI DI VARZO

DAL 19-3-2020 AL 20-5-2020 MDICO VOLONTARO PRESSO IL REPARTO
DI MEDICINA-COVID DELL'OSPEDALE SAN BIAGIO DI DOMODOSSOLA

- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a) DAL 2009 AL 2015 FORMATORE IN ECOGRAFIA GENERALISTA PER
SIEMG (SOCIETA' ITALIANA PER L'ECOGRAFIA IN MEDICINA GENERALE)

DAL 2007 AL 2008 FREQUENZA E DIPLOMA PRESSO LA SCUOLA DI
ECOGRAFIA GENERALISTA FIMMG-METIS

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - DAL 1996 AL 1998 MASTER IN PROGRAMMAZIONE NEUROLINGUISTICA PRESSO ISTITUO META-PNL MILANO
 - DAL 1991 AL 1994 CORSO E DIPLOMA IN PSICOTERAPIA IPNOTICA PRESSO AMISI DI MILANO
 - 1977-1981 FREQUENZA E DIPLOMA DI SPECIALITA' IN NEUROCHIRURGIA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
 - 1971-1977 CORSO DI LAUREA E LAUREA CON 110/110 E LODE IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

- Principali materie / abilità professionali oggetto dello
 - 1966-1971 DIPLOMA DI MATURITA' SCIENTIFICA CON 60/60
 - DAL 1979 AL 2017 MEDICO DI MEDICINA GENERALE IN ZONA DISAGIATA, IN CUI HA SVILUPPATO CAPACITA' RELAZIONALI E COMPETENZE DI PRIMO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO. PARTICOLARE INTERESSE PER L'IMPIEGIO DELLA ECOGRAFIA NELLA DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO E L'ECOGRAFIA NELLA PATOLOGIA MUSCOLO SCHELETRICA (INFILTRAZIONI ECOGUIDATE)
 - ESPERIENZA IN TRAUMATOLOGIA D'URGENZA COME MEDICO VOLONTARIO DEL CORPO NAZIONALE DEL SOCCORSO ALPINO

**CAPACITÀ E
COMPETENZE PERSONALI**

MADRELINGUA

ALTRE LINGUA

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

CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE
ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E
COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

[ITALIANO

INGLESE

ECCELLENTE

BUONA

ECCELLENTE

MASTER IN PROGRAMMAZIONE NEUROLINGUISTICA

DAL 2007 AL 2016 E' STATO PRESIDENTE DELLA SOCIETA' DI CULTURA MEDICA OSSOLANA

DAL 1988 AL 2000 PRESIDENTE DELLA SEZIONE DI VARZO DEL CLUB ALPINO ITALIANO

DAL 2016 AL 2019 VICEPRESIDENTE DELLE AREE PROTETTE DELL'OSSOLA

CONSIGLIERE COMUNALE DI MAGGIORANZA DAL 1995 AL 2005 E DAL 2014 AL 2019 NEL COMUNE DI VARZO

[PACCHETTO OFFICE SU WINDOWS E MAC, CON PARTICOLARE RIGUARDO PER PRESENTAZIONI MULTIMEDIALI IN KEYNOTE E POWER POINT

UTILIZZO DI ATTREZZATURE ECOGRAFICHE

[

ISTRUTTORE DI SCI DI FONDO ESCURSIONISTICO E TELEMAR
MEDICO VOLONTARIO DEL CORPO NAZIONALE DEL SOCCORSO ALPINO

PATENTE B

[VARZO 29 TGIUGNO 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 MARCO VALENTI
Nato/a a [redacted] il [redacted]
E residente in [redacted] (Prov.) [redacted]
Via [redacted] n. [redacted]

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

OVERO

RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE COME DIRETTORE
SANITARIO DELLA CASA DI RIPOSO PER
ANZIANI DI VARZO DAL 1.1.2018

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

OVERO

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

OVERO

- di essere nel rapporto di: _____

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

OVVERO

di essere titolare della seguente pensione : PENSIONATO ENPA
PER LA MEDICINA GENERALE

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

OVVERO

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 : _____

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**

R 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

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

OVVERO

K 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 Varese 29/6/2020

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 - 28867 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 MARCO VALENTI
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 IDEM
- 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 ASSOLTO
- 8 - di non avere riportato condanne penali NO
avere
- 9 - di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
indicare denominazione, sede ed anno di conseguimento titolo
LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
8/7/1977 UNIVERSITA' DI PAVIA

10 - di essere in possesso del seguente titolo professionale
indicare denominazione, sede e anno conseguimento

IDEM

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

NEUROCHIRURGI
UNIVERSITA' DI PAVIA 1981

12 - di essere abilitato all'esercizio della professione
indicare sede e anno conseguimento

MEDICO CHIRURGO PAVIA 1978

13 - di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di
al n. 570 dal 1993

VCO

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