

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	COMMISSARI RITA
Data di nascita	22/02/1964
Qualifica	I Fascia
Amministrazione	AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA' - TERNI
Incarico attuale	Dirigente - S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Numero telefonico dell'ufficio	0744205262
Fax dell'ufficio	0744205261
E-mail istituzionale	r.commissari@aosp terni.it

TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

Titolo di studio	SPECIALIZZAZIONE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE									
Altri titoli di studio e professionali	- LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA - SPECIALIZZAZIONE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE - UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA									
Esperienze professionali (incarichi ricoperti)										
Capacità linguistiche	<table border="1"><thead><tr><th>Lingua</th><th>Livello Parlato</th><th>Livello Scritto</th></tr></thead><tbody><tr><td>Inglese</td><td>Scolastico</td><td>Scolastico</td></tr><tr><td>Francese</td><td>Scolastico</td><td>Scolastico</td></tr></tbody></table>	Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto	Inglese	Scolastico	Scolastico	Francese	Scolastico	Scolastico
Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto								
Inglese	Scolastico	Scolastico								
Francese	Scolastico	Scolastico								
Capacità nell'uso delle tecnologie	- UTILIZZO DEI PRINCIPALI APPLICATIVI DI OFFICE AUTOMATION E DEI SW DEL SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE									
Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazione a riviste, ecc., ed ogni altra informazione che il dirigente ritiene di dover pubblicare)										

RETRIBUZIONE ANNUA LORDA RISULTANTE DAL CONTRATTO INDIVIDUALE

Amministrazione: AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA' - TERNI

dirigente: COMMISSARI RITA

incarico ricoperto: Dirigente - S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

stipendio tabellare	posizione parte fissa	posizione parte variabile	retribuzione di risultato	altro*	TOTALE ANNUO LORDO
€ 43.625,66	€ 18.560,36	€ 5.222,49	€ 2.515,00	€ 9.864,22	€ 79.787,73

*ogni altro emolumento retributivo non ricompreso nelle voci precedenti

CURRICULUM VITAE**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome	D'ERAMO DAVID
Data di nascita	15/12/1967
Qualifica	I Fascia
Amministrazione	AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA' - TERNI
Incarico attuale	Dirigente - DIVISIONE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Numero telefonico dell'ufficio	0744205360
Fax dell'ufficio	0744205366
E-mail istituzionale	d.deramo@aosp terni.it

TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

Titolo di studio	LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA								
Altri titoli di studio e professionali	- SPECIALIZZAZIONE IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA								
Esperienze professionali (incarichi ricoperti)	- FREQUENTAZIONE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE 5 ANNI, POI FREQUENZA VOLONTARIA - AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA - DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO CON INCARICO A TEMPO DETERMINATO REPARTO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA OSPEDALE "INFERMII" RIMINI - ASL DI RIMINI								
Capacità linguistiche	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lingua</th> <th>Livello Parlato</th> <th>Livello Scritto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inglese</td> <td>Fluente</td> <td>Scolastico</td> </tr> </tbody> </table>			Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto	Inglese	Fluente	Scolastico
Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto							
Inglese	Fluente	Scolastico							
Capacità nell'uso delle tecnologie	- DISCRETA CAPACITA' NELL'USO DI TECNOLOGIE								
Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazione a riviste, ecc., ed ogni altra informazione che il dirigente ritiene di dover pubblicare)	- PARTECIPAZIONE A NUMEROSI CORSI E CONGRESSI DI AGGIORNAMENTO; ACQUISIZIONE DI UN MASTER S.I.O.T.; AUTORE E CO-AUTORE DI VARIE PUBBLICAZIONI; RELATORE PRESSO VARI CONGRESSI E SEMINARI.								

RETRIBUZIONE ANNUA LORDA RISULTANTE DAL CONTRATTO INDIVIDUALE

Amministrazione: AZIENDA OSPEDALIERA 'S. MARIA' - TERNI

dirigente: D'ERAMO DAVID

incarico ricoperto: Dirigente - DIVISIONE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

stipendio tabellare	posizione parte fissa	posizione parte variabile	retribuzione di risultato	altro*	TOTALE ANNUO LORDO
€ 43.499,82	€ 3.608,28	€ 71,63	€ 0,00	€ 25.522,54	€ 72.702,27

*ogni altro emolumento retributivo non ricompreso nelle voci precedenti

Il/la sottoscritto/a:	COGNOME <u>Latini</u>	NOME <u>Sandro</u>
	Nato il <u>24.07.1957</u>	a. <u>Terni</u> prov. <u>TR</u>

CODICE FISCALE:	<u>LTNSDR57L24L117T</u>
-----------------	-------------------------

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 e smi, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 7 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e che l'A.O. "S. Maria" può acquisire direttamente gli atti comprovanti:

di essere in possesso della Laurea in <u>Medicina e Chirurgia</u> conseguita in data <u>26.02.1983</u> presso l'Università degli Studi di <u>Perugia</u> <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i> Riconoscimento a cura del in data
di essere abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data <u>Aprile 1983</u> presso <u>Università degli studi Perugia</u>
di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di <u>Terni</u> dal <u>27.06.1983</u> n° di iscrizione <u>1293</u>
di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione: Denominazione: <u>Ortopedia-Traumatologia</u> <u>Verona</u> conseguito in data <u>20.07.1992</u> presso l'Università di ai sensi del DLgs 257/1991 <input checked="" type="checkbox"/> DLgs 368/1999 <input type="checkbox"/> durata anni <u>5</u> <i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i> Riconoscimento a cura del In data

Dichiara, sotto la propria responsabilità, in sostituzione di atto notorio ai sensi dell'art.47/DPR.445/2000 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi:

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di: profilo professionale <u>Dirigente medico</u> disciplina <u>Ortopedia-Traumatologia</u> dal <u>30.05.1990</u> al <u>oggi</u> con rapporto <input checked="" type="checkbox"/> determinato <input checked="" type="checkbox"/> indeterminato <input checked="" type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> con impegno ridotto, ore settimanal..... dal <u>aprile 1984</u> al <u>aprile 1987</u> ufficiale medico con incarico dirigenziale dal <u>28-3-1988</u> al <u>31-7-1988</u> assistente medico disciplina di organizzazione dei servizi sanitari con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi senza assegni): dal al (indicare giorno/mese/anno) motivo interruzione o causa risoluzione rapporto <u>termine incarico</u>

Dichiara, sotto la propria responsabilità, in sostituzione di atto notorio ai sensi dell'art.47/DPR.445/2000 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, quanto segue:

Incarico dirigenziale e relative competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa)

tipologia incarico Responsabile di struttura semplice di Ortopedia ; attualmente incarico di direttore facente funzione

dal dal 13.10.2016 in attuazione ex Art.18 CCNL area dirigenza medica al

presso UOC Ortopedia-Traumatologia

descrizione attività svolta

presso (Azienda Sanitaria, Ente Struttura privata, ecc .)

... Azienda Ospedaliera " Santa Maria" Terni

di Terni

via Tristano di Joannuccio

n. 1

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

DA PRODURRE IN ORIGINALE O IN COPIA LEGALE O AUTENTICATA AI SENSI DI LEGGE:

Tipologia della Azienda/Ente in cui è stata svolta la predetta attività (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura: esempio Azienda di Alta Specializzazione, o altro)

Azienda Ospedaliera " Santa Maria" Terni

Tipologia delle prestazioni erogate dall'Azienda/Ente medesima (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura)

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi: , quanto segue:

di avere prestato attività specialistica ambulatoriale ex Accordo Collettivo Nazionale.

nella branca di
dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

dal al
con impegno settimanale pari a ore

presso (Azienda Sanitaria, Ente Struttura privata, ecc.)

di - via n.

DA PRODURRE IN ORIGINALE O IN COPIA LEGALE O AUTENTICATA AI SENSI DI LEGGE:

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato (certificate dal Direttore Sanitario dell'Azienda sulla base dell'attestazione del Direttore di Dipartimento o Unità Operativa della ASL o Azienda Ospedaliera/Ente/Istituzione di appartenenza)

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, quanto segue:

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dal al

presso

contenuti del corso

dal al

presso

contenuti del corso

dal al

presso

contenuti del corso

Altre Specializzazioni, Laurea, Master e Corsi di Perfezionamento:

Laurea in conseguita in data presso
l'Università degli Studi di

Specializzazione in conseguita in data presso
l'Università degli Studi di

Master in conseguito in data presso
.....

Corso di perfezionamento in Podologia conseguito in data 14.05.1999 0500
presso

l'Università degli Studi di Bologna

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, quanto segue:

Soggiorni di studio/addestramento

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività inerenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

Presso

..... (prov.) – Via

n. dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di lauree o di specializzazioni dei profili medici o della dirigenza sanitaria nonché delle professioni sanitarie ovvero presso scuole per la formazione del personale sanitario - esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi) presso

nell'ambito del Corso di
insegnamento a.a.
ore docenza (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Di avere partecipato alle seguenti attività di aggiornamento/scientifiche:

quale **uditore** a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO (giorno/mese/anno dal/al)	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM
Allegato 1 relativo a partecipazione quale uditore a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all' estero				

(aumentare le righe se insufficienti)

quale **relatore** a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero, (le attestazioni devono essere allegate in originale o in copia conforme)

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO (giorno/mese/anno dal/al)	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM
Allegato 2 relativo a partecipazione quale relatore a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all' estero				

(aumentare le righe se insufficienti)

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, quanto segue:

Autore dei seguenti lavori scientifici – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, rivista/publicazione, anno pubblicazione) allegati in originale o in copia conforme

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

(aumentare le righe se insufficienti)

Collaborazione alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro,/publicazione, anno pubblicazione)

1. **Trattamento della deformità di Haglund; Lo Scalpello, 2016** (si allega frontespizio articolo)
.....
.....
2.
.....
.....

(aumentare le righe se insufficienti)

Altre attività

.....
.....
.....
.....
.....

(aumentare le righe se insufficienti)

Dichiara, infine, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d'identità o passaporto) in corso di validità.

Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Li 21.02.2017



firma



ALLEGATO A

(COD. PROC. GIUR. 17/16)

AZOSP.001.TR
Azienda Ospedaliera Terni

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
Via Tristano di Joannuccio
05100 TERNI (TR)

GEN **0010041** del 22/02/2017 ore 11:24:49
Protocollo generale - Registro: E

Il sottoscritto Latini sandro nato a Terni il
24.07.1957 residente in Terni Via Borgo Cavour 18 Torre Orsina
n. 18 Cap 05100 Tel. _____ Cellulare 3355345128 e-mail slatini10@yahoo.it

-di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione:

- laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data 26.02.1983 presso Università degli studi Perugia
e abilitazione alla professione medico chirurgica conseguita in data Aprile 1983 presso Perugia
- iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di Terni al n. 1293
- diploma di Specializzazione in Ortopedia Traumatologia conseguito il 20.07.1992
presso l'Università degli Studi di Verona durata del corso anni 5
- anzianità di servizio di anni 30 maturata nella disciplina di dir. med. Ortopedia e traumatologia; ufficiale medico carcere militare; assist. medico organizzazione servizi san. di base.
- attestato di formazione manageriale conseguito il _____ presso _____

_____ ovvero

di riservarsi di conseguire l'attestato di formazione manageriale entro un anno dall'inizio dell'incarico qualora conferito

-di prestare attualmente servizio con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

Azienda /Ente Az. Ospedaliera " Santa Maria" Terni

nel profilo di Dirigente medico disciplina di Ortopedia-Traumatologia