

SCHEDA CURRICULUM

Il sottoscritto dr SOAVE ERMANNO
 MATTEO___

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi;
- consapevole inoltre delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, dichiara che il contenuto del presente CURRICULUM VITAE è veritiero e che tutti i documenti riprodotti in copia semplice, allegati alla presente domanda di partecipazione, sono conformi ai corrispondenti originali in possesso del/la sottoscritto/a

DICHIARA:

TITOLI DI STUDIO

Elencare titoli di studio/abilitazioni professionali

Titolo di studio	Conseguito il	Presso
Laurea in Medicina e Chirurgia ante riforma	17.10.1988	Università degli Studi di Bari
Specializzazione in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali	18.7.1992	Università degli Studi di Bari
Master Universitario di II° Livello Universitario Direzione ed Organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali	14.12.2014	Università degli Studi di Salerno
Abilitazione alla Professione di Medico-Chirurgo	19.12.1988	Università degli Studi di Bari

SCHEDA CURRICULUM

CURRICULUM PROFESSIONALE**Attività svolta esclusivamente presso****- S.S.N.****- altre Pubbliche Amministrazioni**

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti mediante datori di lavoro privati come agenzie o cooperative).

La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre.

L'OMMISSIONE ANCHE DI UN SOLO ELEMENTO COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DEL TITOLO AUTOCERTIFICATO.

Datore di lavoro (Denominazione e Sede - via - città - tel.)	data di assunzione (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio	Qualifica e disciplina Es. CPS Infermiere cat.D	Impegno orario settimanale (indicare n.ore settimanali)
Azienda Sanitaria Locale di Bari Via Lungomare Starita n 6 cap 70132 Bari	11.10.1992	31.12.2005	Dipendente a Tempo Indeterminato	Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione	38 ore settimanali
Azienda Sanitaria locale di Brindisi via Napoli n 8 Brindisi Casale cap 72100	01.01.2006	31.10.2012	Dipendente a Tempo Indeterminato	Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione	38 ore settimanali
Azienda Sanitaria Locale di Bari Via Lungomare Starita n 6 Bari cap 70132	31.1.2014	31.1.2015	Specialista Ambulatoriale a Tempo Determinato in Convenzione • Specifiche Capacità Professionali Con Commissione in Elettromiografia ed Elettroencefalografia	Neurologia	6 ore settimanali indivisibili
Azienda Sanitaria Locale Bat Andria (Bat) via Fornaci n 201 cap 76123	4.2.2014	5.2.2015	Specialista Ambulatoriale a Tempo Determinato in Convenzione • Specifiche Capacità Professionali con Commissione in Elettromiografia ed Elettroencefalografia	Neurologia	24 ore settimanali indivisibili
Azienda Sanitaria Locale Taranto Viale Virgilio n 31 cap 74121 Taranto	15.7.2015	14.7.2016	Specialista Ambulatoriale a Tempo Determinato in Convenzione • Specifiche Capacità Professionali con Commissione in Elettromiografia	Neurologia	15 ore settimanali indivisibili
Azienda Sanitaria locale di Foggia Via Michele Protano snc Foggia cap 71121	26.9.2016	27.12.2017	Specialista Ambulatoriale a Tempo Determinato in Convenzione	Neurologia	33 ore settimanali indivisibili
Azienda Sanitaria locale Bat Via Fornaci 201 Andria (Bat) Cap 76123	01.01.2018	31.05.2019	Dipendente a Tempo Indeterminato	Neurologia	38 ore settimanali

SCHEDA CURRICULUM

Iscrizione ad Albi Professionali (indicare anche le Iscrizioni precedenti all'attuale)

Albo Professionale	Numero	Dal (data)	della Provincia di
Ordine dei Medici Chirurghi e Degli Odontoiatri	8981	13.01.1989	Bari

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista allegando copia della pubblicazione

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

SCHEMA DA RIPETERE PER OGNI EVENTUALE ALTRO RAPPORTO DI LAVORO

Azienda Sanitaria locale di Foggia Via Michele Protano snc Foggia Cap 71121	01.01.2019	Tutt'oggi	Specialista Ambulatoriale a Tempo Indeterminato in Convenzione	Neurologia	38 ore settimanali indivisibili
--	------------	-----------	---	------------	------------------------------------

SCHEMA DA RIPETERE PER OGNI EVENTUALE ALTRO RAPPORTO DI LAVORO

SCHEMA DA RIPETERE PER OGNI EVENTUALE ALTRO RAPPORTO DI LAVORO

SCHEDA CURRICULUM

SCHEMA DA RIPETERE PER OGNI EVENTUALE ALTRO RAPPORTO DI LAVORO

CURRICULUM PROFESSIONALE

Attività svolta esclusivamente presso strutture sanitarie private

La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre.

L'OMMISSIONE ANCHE DI UN SOLO ELEMENTO COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DEL TITOLO AUTOCERTIFICATO.

Datore di lavoro (Denominazione e Sede - via - città - tel.)	data di assunzione (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio	Qualifica e disciplina Es. CPS Infermiere cat.D	Impegno orario settimanale (indicare n.ore settimanali)
Humanitas Medical Care Milano Piazza de Angeli Cap 20146 Milano	1 13.5.2021	2 20.8.2021	Libero Professionista	Neurologia Elettromiografia Electroencefalografia Doppler Transcranico	8 ore settimanali

Mila
Cap
Cap
Cap
h
Mila.
no
Milan

SCHEDA CURRICULUM

SCHEMA DA RIPETERE PER OGNI EVENTUALE ALTRO RAPPORTO DI LAVORO

Segue **CURRICULUM FORMATIVO**

Indicare partecipazione a **corsi/convegni/seminari** in **qualità di Relatore/Docente**

L'OMISSIONE ANCHE DI UN SOLO ELEMENTO COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DEL TITOLO AUTOCERTIFICATO.

Ente organizzatore del Corso/Convegno/Seminario	Titolo del Corso/Convegno/Seminario	DATA e Durata espressa in ore/giornate	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1 Azienda Sanitaria Locale Bari	Docenza in Neuroriabilitazione	1.1.1993-1.1.1994 Modulo di 20 ore settimanali	
2 Azienda Sanitaria Locale Bari 1	Docenza in Neurologia	1.1.1994-1.1.1995 Modulo di 20 ore settimanali	
3 Azienda Sanitaria Locale Bari 1	Docenza in Patologia Chirurgica	1.1.1995-1.01.1996 Modulo di 20 ore settimanali	
4 Azienda Sanitaria Locale Bari 1	Docenza in Oftalmologia	1.1.1996-1.1.1997 Modulo di 20 ore settimanali	
5 Azienda Sanitaria Locale Bari	Docenza in Igiene e Medicina Preventiva	1.1.1997-1.1.1998 Modulo di 20 ore settimanali	
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

TOTALE ECM _____

CURRICULUM FORMATIVO

Indicare partecipazione a **corsi/convegni/seminari in qualità di ALLIEVO**
 L'OMMISSIONE ANCHE DI UN SOLO ELEMENTO COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DEL TITOLO
 AUTOCERTIFICATO.

Ente organizzatore del Corso/Convegno/Seminario	Titolo del Corso/Convegno/Seminario	DATA e Durata espressa in ore/giornate	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1 Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara	Corso in Elettromiografia e Potenziali evocati	1.3.1998-5.3.1998	9 ECM
2 Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara	Corso di Elettromiografia e Potenziali Evocati	1.09.2005-12.09.2005	50 ECM
3 Azienda Ospedaliero universitaria Verona	Corso in Elettromiografia e Potenziali Evocati	1.3.2016-5.3.2016	9 ECM
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

TOTALE ECM

68 ECM