Curriculum formativo e professionale

Dichiarazione sostitutiva a.s. Artt. 46 u.47 del DPR 445/2000

(Utilizzo da parte della Commissione)

Allegato 2

Il/la sottoscritta/o:	**nata/o il:**
AVI ANNA	1968

consapevole delle sanzioni previste, applicabili incaso di false dichiarazioni a suo carico come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità le segg. stati, fatti e qualità personali:

Laurea magistrale in:	**Università:**	**Data:**
CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE	UNIVERSITA'DI PADOVA	11-12-1992
Riconoscimento (se conseguito all'estero):	**Università, Provincia, Ministero:**	**Data:**
Specializzazione in:	**Università:**	**Data:**
FARMACIA OSPEDALIERA	UNIVERSITA'DI PADOVA	14-09-2006
Riconoscimento (se conseguito all'estero):	**Università, Provincia, Ministero:**	**Data:**
Altro (pe dottorato di ricerca, Master):	**Università, altro:**	**Data:**
MASTER DI II LIVELLO in	UNIVERSITA'LUM - SCHOOL OF MANAGEMENT	IN CORSO
DIREZIONE E MANAGEMENT DELLE AZIENDE		PREVISTO FINE MAG: 202
SANITARIE ANNO ACCADEMICO 25/26		
Riconoscimento (se conseguito all'estero):	**Università, Provincia, altro:**	**Data:**
Iscrizione all'albo prof.le, luogo:	**Provincia/Paese:**	**Data:**
BOLZANO	BOLZANO	13-02-1997
Formazione manageriale, luogo:	**Università, Provincia, altro:**	**Data:**
CORSO FORMAZIONE MANAGERIALE	PROVINCIA BZ- UFF FORMAZIONE PERSONALE	MAGGIO 2017
Formazione complementare, luogo:	**Università, Provincia, altro:**	**Data:**
CORSO ALTA SPECIALITA'IN DISP. MEDICI	UNIVERSITA'DI PADOVA	AA 2018-2019

Soggiorni di studio o di addestramento professionale ed esperienze professionali successive all'acquisizione della specializzazione, per attività attinenti alla disciplina in strutture, italiane o estere, di durata non inferiore a 3 mesi:

Tipologia soggiorno:	**Tipologia struttura:**	**periodo (dal – al):**
VOLONTARIATO ETIOPIA -OSP DI GAMBRO	DISPENSARIO FARMACEUTICO	OTT/2006 - NOV/2006

Sevizio presso <u>enti pubblici</u> (ultimi 10 anni: a tempo in-/determinato – non attività libero prof.le!)**:**
(Il servizio prestato all'estero dev'essere riconosciuto in Italia ai sensi della Legge 735/1960 i.f.v. e *deve essere indicata la data di riconoscimento in Italia*)

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le, disciplina e reparto/servizio	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
PROVINCIAAUTONOMABOLZANO	RESP CONTROLLO QUALITA'ALIMENTI	-			
	E SOSTANZE STUPEFACENTI	26-01-1993 - 31-07-1997	4	6	6
AZIENDA SANITARIA BOLZANO	DIRIGENTE FARMACISTA	01/08/1997 - 31/10/2012	15	3	
	DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA	01/11/2012 - 31/10/2021	9	11	
	DIRIGENTE FARMACISTA	01/11/2021 - OGGI	4	2	
		-			
		-			
		-			
		-			
		-			

Sevizio presso <u>datori di lavoro privati</u> (ultimi 10 anni: a tempo in-/determinato e attivià libero prof.le presso enti pubblici)**:**

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le, disciplina e reparto/servizio	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
		-			
		-			
		-			
		-			
		-			
		-			
		-			

Incarichi dirigenziali (*Incarichi come Direttore di struttura complessa/semplice, alte specialità e altro*)**:**

Ente/ Amministrazione	Incarico Denominazione con indicazione della disciplina	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
AZIENDA SANITARIA ALTO ADIGE	DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA	NOV 2012 - NOV 2021	9		
AZIENDA SANTARIA ALTO ADIGE	DIRETTORE STRUTTURA SEMPLICE TPN	01-09-1999 - 31-10-2012	13	3	
		-			
		-			
		-			
		-			
		-			

Casistica (certificata dal Direttore sanitario sulla base dell'attestazione rilasciata dall dirigente resposabile della struttura complessa, dipartimento, struttura ospedaliere o dell'Azienda Sanitaria)**:**

- chirurgica e di procedure chirurgiche invasive / - specifiche esperienze e attività prof.li (sì/no): NO

Attività didattica/abilitazione (Incarichi, etc.):

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le Inquadramento e indicazione della disciplina	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni	h Ore.
Scuola Superiore Sanita' CLAUDIANA	DOCENTE a.c. FARMACOLOGIA	OTT2004 - MAR2005				25
Scuola Superiore Sanita' CLAUDIANA	DOCENTE a.c. FARMACOLOGIA	SET 2005 - NOV 2005				25
Superiore Sanita' CLAUDIANA	DOCENTE a.c. FARMACOLOGIA	OTT 2005 - GEN 2006				25
scuola Superiore Sanita' CLAUDIANA	DOCENTE a.c. FARMACOLOGIA	MAR 2006 - MAG 2007				25
Scuola Superiore Sanita' CLAUDIANA	DOCENTE a.c. FARMACOLOGIA	SET2009 - NOV2010				25

Ppartecipazione attiva a progetti in gruppi di ricerca o società scientifiche:

Gruppo di ricerca/ Società scientifiche	Progetto

Corsi , congressi, convegni, seminari (ai sensi della lista allegata, datata e firmata):

in qualitá di	ambito	periodo	quantità
relatore/rice	internazionale	negli ultimi 5 anni	0
relatore/rice	nazionale	negli ultimi 5 anni	3
partecipante	internazionale/nazionale	negli ultimi 5 anni	15

Appartenenze diverse (Società, Commissioni, Organisazioni, etc.):

Ente/ Amministrazione	Incarico Denominazione e disciplina	periodo (dal – al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
COMMISSIONE PROCEDURA SELEZI(		-			
DIRETTORE FARM OSP ASL NAPOLI	MEMBRO PRESIDENTE	05-2015 - 05-2015			3
DIRETTORE FARM OSP MANTOVA	MEMBRO	11-2017 - 11-2017			3
DIRETTORE FARM OSP BARI	MEMBRO	04-2019 - 04-2019			3
		-			

Pubblicazioni (le 5 pubblicazioni più importanti degli ultimi 10 anni):

Titolo/Descrizione	Libro, rivista, etc.	Data	1. Autore	2. Autore	* Autore
GLUTAMINE SUPPLEMENTATION FOR HIV PATIENT	CLIN.iNFECT. Dis 2005 Mar 1;40(5)	2005		x	

Numero di pubblicazioni pubblicate a stampa e allegate come::

1. Autore **2. Autore** **3. Autore** ***Autore** ***Autore** ***Autore**

*= inidcazione numerica di Autore/Co-Autore

Idoneità (nazionale/provinciale):

Procedura/Descrizione	Figura prof.le/incarichi	Data

Data: 12/12/25