

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **ANNA MASINI**
Indirizzo **Via Delle Terme 81 - 27052 Godiasco Salice Terme (PV)**
Telefono **333.3341750; 02.85787660 (ufficio); 335.1237972 (cellulare di servizio)**
Fax
E-mail **anna.masini.8ign@ge.omceo.it ; amasini@ats-milano.it**

Nazionalità **Italiana**

Data di nascita **08/10/1959**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)
 - Dall' 01/06/2010 a tutt'oggi: Responsabile della SS Territoriale 3 (dal febbraio 2018 UOS Igiene e Sanità Pubblica Milano SUD) afferente alla UOC Igiene e Sanità Pubblica ATS Città Metropolitana di Milano (ex ASL di Milano) Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria presso la sede di Via Gola, 22;
 - Dal Gennaio 2003 al 2010: Dirigente medico I livello presso la SS Unità Operativa territoriale Distretto 4 afferente alla UOC Igiene e Sanità Pubblica ASL di Milano presso la sede di Via Oglio, 18;
 - Dal 01/10/1998 al Dicembre 2002: Dirigente medico di I livello presso la SS Unità Operativa Territoriale Distretto 2 della UOC Igiene e Sanità Pubblica ASL di Milano nella sede di Via Cherasco, 7 con attività di vigilanza e controllo sul territorio, di profilassi malattie infettive presso l'ambulatorio del centro vaccinale di via Cherasco e di certificazioni medico legali presso la sede ASL di Via Livigno;
 - Dal 07/04/1998 al 28/08/1998 incarico di supplente in qualità Dirigente medico I livello a tempo determinato, nella disciplina di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica, a seguito di avviso pubblico presso la USL di Rho con attività sul territorio, di profilassi malattie infettive presso il centro vaccinale di Via Manzoni, 7 e di certificazioni medico legali;

- Nome e indirizzo del datore di lavoro
ATS Città Metropolitana di Milano
C.so Italia 52 – Milano
- Tipo di azienda o settore
Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
- Tipo di impiego
Dirigente medico Responsabile presso l'Unità Operativa Semplice Igiene Sanità Pubblica Territoriale Milano Sud afferente alla UOC Igiene e Sanità Pubblica ATS Città Metropolitana di Milano

- Principali mansioni e responsabilità
compiti di gestione dell'attività di vigilanza igienico sanitaria (in particolare vigilanza e controllo su Strutture sanitarie private, vigilanza trasporto Sanitario per sedi e automezzi, inconvenienti igienici negli ambienti di vita, vigilanza scuole, vigilanza impianti sportivi e palestre, vigilanza sugli impianti termici e gestione casi di intossicazione da CO, censimento e bonifica in materia di amianto, vigilanza su strutture turistico ricreative e servizi alla persona, pareri e vigilanza su strutture collettive unità di offerta sociale, indagini ambientali per legionellosi, medico coordinatore della Commissione Vigilanza Carceri. Attualmente inserita nei turni di guardia igienica in regime di pronta disponibilità per tutto il territorio di ATS Milano
Membro delle Commissioni Comunale e Provinciale di Vigilanza sui locali di pubblico spettacolo (CCV e CPV).

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita

Luglio 1978
Diploma di Maturità scientifica;

11/10/1990
Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Genova.

Tesi di Laurea presso la cattedra di malattie dell'apparato cardiovascolare dal titolo "L'ischemia miocardica silente" dove ha frequentato prima in qualità di studente e di Medico dal 1987 al 1992

Conseguita abilitazione all'esercizio della professione medico chirurgica nella sessione dell'Aprile 1991

16/07/1991
Iscrizione all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi della Provincia di Genova con il numero di matricola regionale 12522;

30/10/1997 conseguito diploma di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva con orientamento in "Igiene e Organizzazione dei Servizi Ospedalieri" presso la scuola di Specializzazione dell'Università di Genova discutendo la tesi sperimentale "epidemiologia dell'infezione da HCV in Liguria: frequenza e distribuzione dei diversi sierotipi"

Durante gli anni di specializzazione ha frequentato i laboratori della cattedra di igiene collaborando a studi sulla epidemiologia, diagnostica e profilassi delle epatiti virali e infezioni da retrovirus umani.

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI
Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

Dal 1987 al 1992 frequentato da studente interno e successivamente in qualità di medico volontario il reparto ed i laboratori presso la Cattedra Malattie Cardiovascolari dell'Università di Genova.

Durante gli anni di specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva ha frequentato i laboratori della Cattedra di Igiene Università di Genova diretta dal Prof. Crovari collaborando a studi sulla epidemiologia, diagnostica e profilassi delle epatiti virali e infezioni da retrovirus umani.

Per quanto riguarda la attività di ricerca si è occupata della sieroepidemiologia con messa a punto e confronto di metodiche immunoenzimatiche e radioimmunologiche soprattutto nel campo delle epatiti virali e di metodiche di laboratorio per la ricerca dell'HCV -RNA.

PRIMA LINGUA italiano

ALTRE LINGUE inglese

- *CAPACITÀ DI LETTURA* buona
- *CAPACITÀ DI SCRITTURA* Buona

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.

Buone competenze e capacità relazionali, acquisite in ambito lavorativo.

<p>CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE <i>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.</i></p>	<p>Gestione e coordinamento dell'attività sul territorio e del personale della SS Territoriale 3 e dell'ambulatorio delle certificazioni medico-legali dell'ambito territoriale 3 - UO igiene pubblica della ASL di Milano. Dal 2010 a tutt'oggi, gestione e coordinamento in qualità di Responsabile della UOS Igiene e Sanità Pubblica Milano SUD, delle risorse assegnate con programmazione delle attività svolte sul territorio sia in merito alla attività programmata (piano controlli annuale) che ordinaria dal personale tecnico (tecnici della Prevenzione), sanitario e amministrativo. Responsabile dal 2004 al 2011 dell'attività Ufficio Certificazioni Medico Legali del Distretto 4 e Distretto 5 delle sedi territoriali di via Oglio e successivamente di Via Gola sia dell'attività ordinaria che dell'attività libero professionale.</p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE <i>Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.</i></p>	<p>Buona conoscenza dei principali programmi del pacchetto applicativo OFFICE (Word – Excell – power point) sistemi Internet e utilizzo dei programmi specifici aziendali (Protocollo informatico, sharepoint) e dei software Dipartimentali acquisite attraverso utilizzo del PC come strumento di lavoro quotidiano e corsi effettuati dalla azienda sanitaria.</p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE <i>Musica, scrittura, disegno ecc.</i></p>	<p>buone</p>
<p>ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE <i>Competenze non precedentemente indicate.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Componente dal 1999 al 2002 in qualità di medico igienista della Commissione ispettiva per la vigilanza delle farmacie e dei depositi farmaci ex art.5 L.R. 46/83 per il territorio del Distretto 2 e successivamente del territorio del Distretto 4; • Medico supplente della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità dal 1999 al 2002 come da Delibera n. 2075 del 15/10/1999; • Componente della Terza Commissione Medica Locale Patenti dal 2003 all' Aprile 2017
<p>PATENTE O PATENTI</p>	<p>A e B</p>
<p><i>Ulteriori informazioni</i></p>	
<p>ATTIVITÀ DI DOCENZA</p>	<p>Referente scientifico del corso di formazione: "La vigilanza sulle nuove tecniche utilizzate nella specialistica ambulatoriale (ECM) ASL Città di Milano - Milano 28/04/2015; 30/04/2015; 05/05/2015.</p>
<p>PUBBLICAZIONI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bonanni P, Rebora M, Raffo AM, Masini A, Akhavan Sadeghi N, Crovari P. Epidemiology of hepatitis C virus infectio in Italy, Journal of Preventive Medicine and Hygiene 1994; Vol.35 – No. 1/2:41 – 44. 2. Icardi GC, Orione L, Pezzano D, Ferrari Bravo M, Giacardi A, Masini A, Bruzzzone BM. Vaccinazione simultanea contro le epatiti virali A e B. 36° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti): "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità"; Sassari-Alghero, 28 settembre -1° ottobre 1994; Atti 1° Vol. C08. 3. Poli A, Icardi GC, Masini A, Rossi MA, Fontana L. Jornees Internationales Mediterraneennes De Medicine Du Travail. "Efficacite a long terme de la vaccination contre l'hepatite dans un groupe de personnel hospitalier"; Hammamet, 26-29 Aprile 1995. 4. Icardi GC, Wicks R, Faraldi L, Giacardi A, Lai P, Masini A, Roccatagliata A. Characterization of hepatitis C virus genotypes in italian population atv different risk of infection. Atti IX Triennial International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Disease Rome, Italy, April 21-25 1996; Abstract book B 207. 5. Masini A, Ansaldi F, Cardona E, De Martini A, Giacardi A. Immunizzazione attiva contro l'epatite A. impiego di anticorpi monoclonali per il dosaggio dell'anti-HAV. Atti Congresso "Le epatiti virali croniche. Nuovi orizzonti". A cura di E.Mignani, S.Artioli. Lerici (LaSpezia),

25 Maggio 1996: 50-53.

6. Raffo AM, **Masini A**, Orione L, Lai PL, Roccatagliata A, Icardi GC. Impiego di un sistema automatico per l'analisi con RIBA HCV di campioni reattivi allo screening. Atti XXXII Convegno Nazionale di Studi di Medicina Trasfusionale. Taormina, Maggio 25-29, 1996; Abstract book P 200
7. Icardi GC, Faraldi L, Roccatagliata A, Ferrari Bravo M, **Masini A**, Analdi F. Hepatitis B vaccination coverage and epidemiology of HBV related disease in Liguria, Italy. Atti 7th International Congress for Infectious Disease. Hong Kong, China, June 10-13, 1996. Abstract book No 99034.
8. Bonanni P, **Masini A**, Orione L, De Martini MT. Epidemiologia e prevenzione delle Epatiti a trasmissione oro fecale. Atti Congresso "Le epatiti virali croniche. Nuovi orizzonti". A cura di E. Mignani, S. Artioli. Ierici (La Spezia), 25 Maggio 1996: 71-72.
9. Icardi GC, Bruzzone BM, **Masini A**, Orione L, Ferrari Bravo M, De Martini M and Giacardi A. Decline in anti HCV prevalence and trend of HCV subtypes in the Genoa area (Italy) between 1977 and 1996. International Conference on Infectious Diseases and Public Health. A research and Clinical Update Alexandria, Egypt. October 17-20, 1997; Abstract book (poster) No 36.
10. Icardi GC, Bonanni P, Raffo AM, **Masini A**, Orione L, De Martini M and Crovari P. Evaluation Performance of the RIBA Processor System for Automated Analysis of the strip Immunoblot Assay for detection of antibodies to hepatitis C Vrus. Journal of Clinical Microbiology, vol 35, No 9, September 1997, p 2331- 2336.
11. Balestra G, **Masini A**, Ferrari bravo M, De Martini M, Giacardi A, Crovari P. Valutazione della copertura vaccinale e possibili effetti di rilevanza epidemiologica della vaccinazione anti- epatite B in Liguria. 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000 ". Napoli 25-28 Settembre 1996.
12. Icardi GC, Raffo AM, Orione L, **Masini A**, Lai PL, Faraldi L, Santo M, Crovari P. Valutazione del sistema automatico HCV RIBA Processor per la diagnosi sierologica dell'infezione da virus dell'epatite C. La trasfusione del sangue, Vol 42, No 4 Luglio/Agosto 1997, p 195-202.

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 675/96 del 31 dicembre 1996.

Milano, 22/12/2022

NOME E COGNOME (Anna Masini)



Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 s.m.i.

Si richiamano a tal fine gli estremi del documento d'identità indicati nella presente domanda di ammissione della quale la copia del documento d'identità costituisce parte integrante e sostanziale

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	procedure/istruzioni operative del servizio di igiene pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	05/02/2010
Durata	Giorni 2 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	lavorare in qualità nel dipartimento di prevenzione medica - fsc
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	16/02/2010
Durata	Giorni 2 ore 12
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	la cultura della valutazione, come strumento per lo sviluppo organizzativo e gestionale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	21/09/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	La sicurezza negli impianti domestici alimentati a gas
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	05/10/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	la comunicazione nella strategia di intervento dei servizi al cittadino
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	09/11/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	le ricadute del dlgs 150/2009: il codice disciplinare
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	24/11/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Il sistema informativo sanità territoriale. Sistema di gestione delle attività e registrazione informatizzata delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	16/11/2010
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Le attività di Vigilanza: ruoli e Responsabilità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	26/02/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Prevenzione della legionellosi: l'Italia incontra gli USA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera S. Gerardo
Data	22/06/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Procedure / Istruzioni Operative del Servizio di Igiene Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	05/02/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Impianti di trattamento dell'aria e di ventilazione: rischi per la salute dovuti ad una non corretta manutenzione

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	06/05/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	la comunicazione nella strategia di intervento dei servizi al cittadino – prima parte
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	26/02/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	le ricadute del dlgs 150/2009: il codice disciplinare
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	24/11/2010
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	la comunicazione nella strategia di intervento dei servizi al cittadino – seconda parte
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	27/01/2011
Durata	Giorni 6 ore 48
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	revisione delle procedure ed istruzioni operative del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	10/02/2011
Durata	Giorni 6 ore 36
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	la comunicazione nella strategia di intervento dei servizi al cittadino - 2 anno
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	29/05/2011
Durata	Giorni 6 ore 48
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	amianto: un problema tante soluzioni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	30/05/2011
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la prevenzione della legionellosi nelle strutture sanitarie attualità, responsabilità, esperienze
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera S. Gerardo
Data	22/06/2011
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	presentazione delle nuove procedure/istruzioni operative del Servizio Igiene e Sanità Pubblica - area vigilanza e controllo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	06/10/2011
Durata	Giorni 3 ore 18
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	nuovi criteri di accertamento della idoneità psicofisica alla guida.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	17/10/2011
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	l'inquinamento degli spazi indoor
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	09/02/2012
Durata	Giorni 1 ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	il problema dell'amianto nella tutela dell'ambiente
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano

Data	16/11/2012
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la comunicazione come strategia formativa fra i servizi
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	09/05/2012
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	l'assegnazione degli obiettivi ai collaboratori: quali strumenti per pianificare, misurare, monitorare
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	11/05/2012
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	il colloquio di feedback nel processo di valutazione dei collaboratori
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	17/05/2012
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	metodologia ed organizzazione operativa negli accertamenti di idoneità alla guida
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	13/06/2012
Durata	Giorni 1 ore 5
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	il preposto nel sistema di prevenzione aziendale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	20/06/2012
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	revisione delle procedure ed istruzioni operative del Servizio Igiene E Sanità Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	06/07/2012
Durata	Giorni 5 ore 30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Il processo di sterilizzazione. sicurezza e tracciabilità dello strumentario chirurgico
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	03/10/2012
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	CAD - la gestione documentale e la digitalizzazione della pubblica amministrazione.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	16/11/2012
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	apparecchiature per estetiste DM n. 110/2011 attività di vigilanza della ASL
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	17/12/2012
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	corso di formazione ai sensi dell'art.37 d.lgs. 81/08 e dell'accordo Stato-Regioni del 21.12.2011. lavoro sicuro: dovere assoluto, diritto intoccabile
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	25/02/2013
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	linee di indirizzo e attività di coordinamento degli interventi in tema di amianto

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	27/02/2013
Durata	Giorni 2 ore 14
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	miglioramento della gestione informatizzata dei dati delle attività di vigilanza e promozione della salute del dipartimento di prevenzione medico
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/04/2013
Durata	Giorni 1 ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	regolamento reach e regolamento CLP: novità introdotte dai regolamenti, attuale stato di applicazione e sviluppi futuri in relazione alle attività di controllo dei servizi dipartimentali.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	14/05/2013
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	il prodotto cosmetico: attività sul territorio in relazione al nuovo Regolamento Europeo.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	22/05/2013
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	il processo di assegnazione degli obiettivi individuali e la valutazione: come valorizzare i collaboratori
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	30/03/2013
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	prodotti per tatuaggio e trucco: problematiche emergenti in Sanità Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano

Data	05/06/2013
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	approccio per processi e di sistema: dalla teoria alla pratica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/10/2013
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la L. 190/2012 e l'anticorruzione nell'ordinamento italiano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	23/10/2013
Durata	Giorni 1 ore 3
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	aggiornamenti in radioprotezione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	16/11/2013
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	gestione dei rifiuti pericolosi e non nelle strutture sanitarie, il nuovo catasto dei rifiuti <input type="checkbox"/> sistri <input type="checkbox"/>
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	10/12/2013
Durata	Giorni 1 ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	corso di formazione obbligatorio ai sensi dell'art. 37 d.lgs. 81/08 accordo Stato-Regioni del 21/12/2011. lavoro sicuro: la gestione dello stress
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	13/02/2014
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	il trasporto dell'operatore ASL nel cestello della piattaforma di lavoro elevabile
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	22/05/2014
Durata	Giorni 1 ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	il CAD e la pubblica amministrazione digitale. digitalizzazione dei documenti e archiviazione digitale. obiettivi, vincoli normativi e strumenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	24/09/2014
Durata	Giorni 1 ore 6,5
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	rischi da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti legati all'uso di apparecchi elettromedicali e non, impiegati in studi medici e studi professionali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	30/10/2014
Durata	Giorni 1 ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	revisione delle istruzioni operative della Sc Igiene E Sanità Pubblica
In qualità di	<input checked="" type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	25/02/2015
Durata	Giorni 2 ore 12
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Modulo base per Auditor / Responsabili gruppo di Audit (UNI EN ISO 19011:2012)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	27/05/2015
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	le attività di pronta reperibilità del Dipartimento di

	Prevenzione Medico nello scenario di expo 2015
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	13/04/2015
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	CCV/CPV: aggiornamento dei dirigenti impegnati nelle commissioni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	22/04/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la vigilanza sulle nuove tecniche utilizzate nella specialistica ambulatoriale
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABILE SCIENTIFICO
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	28/04/2015
Durata	Giorni 4 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	auditor interni di sistemi di gestione per la qualità nel settore sanitario
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	27/05/2015
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	corso di formazione obbligatorio, ai sensi dell'art. 37 del d.lgs 81/08 e dell'accordo stato-regioni del 21.12.2011. corretto utilizzo dpi III^a Cat
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/09/2015
Durata	Giorni 1 ore 2
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la gestione dei rifiuti nelle attività sanitarie. la normativa e gli obblighi di base
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano

Data	15/10/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	il nuovo Regolamento Edilizio Del Comune di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	15/10/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	il dirigente nel Sistema Sanitario Nazionale: poteri, doveri, responsabilità. consapevolezza del ruolo e comunicazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	22/10/2015
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	le novità della nuova edizione della norma ISO 9001:2015: analisi e potenzialità (propedeutico)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	02/12/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	le novità della nuova edizione della norma ISO 9001:2015: analisi e potenzialità (avanzato)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	02/12/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	corso di formazione obbligatorio ai sensi dell'art. 37 d. lgs 81/08 e dell'accordo stato-regioni del 21.12.2011. lavoro sicuro: rischi trasversali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL di Milano
Data	03/12/2015
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	incontro di preparazione audit
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	24/02/2016
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Legionella: nuove linee guida 2015 - la prevenzione del rischio legionella
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	10/06/2016
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	rischio amianto nelle scuole
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	08/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	il software ASAN (anagrafica strutture sanitarie).
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	9/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	aggiornamenti in radioprotezione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	15/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	paperless e best practice nella gestione documentale in ATS Città Metropolitana di Milano, per un percorso di unificazione e di unitarietà
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	16/11/2016

Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	prodotti cosmetici: in vigore la nuova disciplina sanzionatoria
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	21/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la nuova ATS: aggiornamento e sviluppo delle tecnologie e dei metodi di controllo per la gestione del sistema qualità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	29/11/2016
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	l'attuazione della l.r. 23/2015 sul territorio dell'Ats della Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	01/12/2016
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	l'Audit in ATS - miglioramento continuo degli audit interni
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	20/02/2017
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la trasparenza e l'anticorruzione all'interno ATS Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	27/03/2017
Durata	Giorni 1 ore 1.30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Claims : criticità nelle verifiche e procedure conseguenti al riscontro di irregolarità
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	03/05/2017
Durata	Giorni 1 ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	telefoni cellulari e altri dispositivi Wi-Fi: educazione ai media per contrastare i pericoli per la salute
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	18/05/2017
Durata	Giorni 1 ore 6
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	l'attività ispettiva dei pubblici dipendenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	12/10/2017
Durata	Giorni 1 ore 4
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	qualità della vita in RSA
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	15/11/2017
Durata	Giorni 1 ore 7
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	sicurezza informatica: sensibilizzazione e consapevolezza
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	31/12/2017
Durata	Giorni 1 ore 1
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"presa in carico dei pazienti cronici". applicazione delle Dgr n. 6164 x del 30 gennaio 2017 e deliberazione x/6551 del 4 maggio 2017
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano

Data	20/11/2017
Durata	Giorni 1 ore 1
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	il sistema di gestione della privacy in ATS Milano: organizzazione, ruoli e strumenti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	01/03/2018
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	aggiornamento per auditor: utilizzo dello strumento di audit in ATS Città Metropolitana di Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	6/6/2018
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	corso di formazione BLS (uso del defibrillatore automatico e tecniche di rianimazione cardio polmonare)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	01/10/2018
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	gestione malattie infettive in guardia igienica: focus su tossinfezioni alimentari e profilassi post-esposizione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	09/10/2018
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	corso di formazione di base dei nuovi addetti alle squadre di primo soccorso - BLS
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	31/5/2018

Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	presentazione nuove procedure e istruzioni operative UU.OO.CC. Igiene e Sanita' Pubblica
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	27/11/2018
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	il nuovo procedimento amministrativo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	10/12/2018
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	utente documentale (Facenti Funzioni e Responsabili sostituzione protocollo informatico - utilizzo applicativo Archiflow Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	16/01/2019
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Auditor secondo la norma ISO 9001/2015: miglioriam insieme!
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	20/03/2019
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Saremo ATS
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	09/04/2019
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Smart Working
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	29/04/2019
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	la Norma ISO 9001:2015
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	08/05/2019
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	il trattamento dei dati personali in ATS Milano: il Regolamento UE 2016/679
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	17/07/2019
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	il conflitto di interessi e le scelte comportamentali
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	10/09/2019
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	il controllo nell'esecuzione dei contratti
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	01/10/2019
Durata	Giorni 2 ore 16
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	la gestione delle idoneità lavorative complesse. ruolo di dirigenti e preposti all'interno della rete aziendale per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano

Data	10/10/2019
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	strumenti per il benessere organizzativo
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	21/10/2019
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Il codice dei contratti pubblici: recente giurisprudenza
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	05/11/2019
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la redazione degli atti in ATS Milano
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	11/11/2019
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	la sicurezza degli apparecchi e degli impianti elettrici nelle strutture sanitarie
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	02/10/2020
Durata	Giorni 1 ore 8
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Milano 22/12/2022

Firma



Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella domanda di ammissione, di cui questa scheda costituisce allegato parte integrante e sostanziale.

ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI ALLEGATE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La sottoscritta **ANNA MASINI**
nato/a a **ALESSANDRIA (AI)** il **8 ottobre 1959**
residente a **GODIASCO SALICE TERME (PV)** C.A.P. **27052** in via **DELLE TERME** n. **81**,
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA,

ai sensi degli articoli 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

+

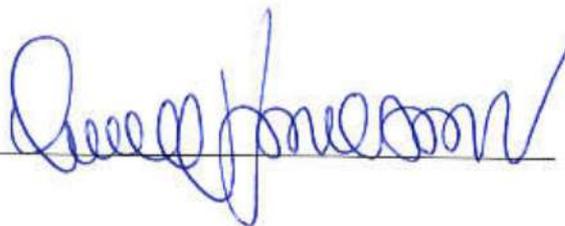
che le copie delle pubblicazioni allegate, di seguito elencate e numerate, sono conformi agli originali di cui è in possesso

1. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Bonanni P, Rebora M, Raffo AM, **Masini A**, Akhavan Sadeghi N, Crovari P. Epidemiology of hepatitis C virus infectio in Italy, Journal of Preventive Medicine and Hygiene 1994; Vol.35 – No. 1/2:41 – 44
2. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Icardi GC, Orione L, Pezzano D, Ferrari Bravo M, Giacardi A, **Masini A**, Bruzzone BM. Vaccinazione simultanea contro le epatiti virali A e B. 36° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti): "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità"; Sassari-Alghero, 28 settembre -1ottobre 1994; Atti 1° Vol. C08.
3. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Poli A, Icardi GC, **Masini A**, Rossi MA, Fontana L. Jornees Internationales Mediterraneennes De Medicine Du Travail. "Efficacite a long terme de la vaccination contre l'hepatite dans un groupe de personnel hospitalier"; Hammamet, 26-29 Aprile 1995.
4. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Icardi GC, Wicks R, Faraldi L, Giacardi A, Lai P, **Masini A**, Roccatagliata A. Characterization of hepatitis C virus genotypes in italian population atv different risk of infection. Atti IX Triennial International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Disease Rome, Italy, April 21-25 1996; Abstract book B 207.
5. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Masini A, Ansaldo F, Cardona E, De Martini A, Giacardi A. Immunizzazione attiva contro l'epatite A, impiego di anticorpi monoclonali per il dosaggio dell'anti-HAV. Atti Congresso " Le epatiti virali croniche. Nuovi orizzonti". A cura di E.Mignani, S.Arlioli. Lerici(LaSpezia), 25 Maggio 1996: 50-53.
6. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Raffo AM, **Masini A**, Orione L, Lai PL, Roccatagliata A, Icardi GC. Impiego di un sistema automatico per l'analisi con RIBA HCV di campioni reattivi allo screening. Atti XXXII Convegno Nazionale di Studi di Medicina Trasmisionale. Taormina, Maggio 25-29, 1996; Abstract book P 200

7. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Icardi GC, Faraldi L, Roccatagliata A, Ferrari Bravo M, Masini A, Ansaldo F. Hepatitis B vaccination coverage and epidemiology of HBV related disease in Liguria, Italy. Atti 7th International Congress for Infectious Disease, Hong Kong, China, June 10-13, 1996. Abstract book No 99034.
8. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Bonanni P, **Masini A**, Orione L, De Martini MT. Epidemiologia e prevenzione delle Epatiti a trasmissione oro fecale. Atti Congresso "Le epatiti virali croniche. Nuovi orizzonti". A cura di E. Mignani, S. Artioli, Ierici (La Spezia), 25 Maggio 1996: 71-72.
9. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Icardi GC, Bruzzone BM, **Masini A**, Orione L, Ferrari Bravo M, De Martini M and Giacardi A. Decline in anti HCV prevalence and trend of HCV subtypes in the Genoa area (Italy) between 1977 and 1996. International Conference on Infectious Diseases and Public Health. A research and Clinical Update Alexandria, Egypt, October 17-20, 1997; Abstract book (poster) No 36.
10. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Icardi GC, Bonanni P, Raffo AM, **Masini A**, Orione L, De Martini M and Crovari P. Evaluation Performance of the RIBA Processor System for Automated Analysis of the strip Immunoblot Assay for detection of antibodies to hepatitis C Virus. Journal of Clinical Microbiology, vol 35, No 9, September 1997, p 2331- 2336.
11. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Balestra G, **Masini A**, Ferrari bravo M, De Martini M, Giacardi A, Crovari P. Valutazione della copertura vaccinale e possibili effetti di rilevanza epidemiologica della vaccinazione anti- epatite B in Liguria. 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000 ". Napoli 25-28 Settembre 1996.
12. Tipologia: pubblicazione capitolo di libro abstract poster atto di congresso
Icardi GC, Raffo AM, Orione L, **Masini A**, Lai PL, Faraldi L, Santo M, Crovari P, Valutazione del sistema automatico HCV RIBA Processor per la diagnosi sierologica dell'infezione da virus dell'epatite C. La trasfusione del sangue, Vol 42, No 4 Luglio/Agosto 1997, p 195-202.

Milano 22/12/2022

Firma



Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 39 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.

Si richiamano, a tal fine, gli estremi del documento di identità indicati nella presente domanda di ammissione della quale la copia del documento d'identità costituisce allegato parte integrante e sostanziale.



Cognome	MASINI
Nome	ANNA
nato il	08/10/1959
(atto n. 1058 P. 1 S. A)	
a	ALESSANDRIA (AL)
Cittadinanza	ITALIA
Residenza	GENOVA (GE)
Via	EUGENIO BARONI 2/9 Sc.D
Stato civile	Nubile
Professione	MEDICO
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI	
Statura	1,62
Capelli	Blondi
Occhi	Castani
Segni particolari	

	
Firma del titolare	<i>Anna Masini</i>
GENOVA (GE)	07/04/2018
IL SINDACO	
	<i>LAZZARA ANTONIO</i> <i>1001 Sec. Provinciale</i>