

CURRICULUM
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE)
(Artt.46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 nr. 445)

/la sottoscritta NARDIS PAOLA

nato/a il _____, a _____ PE _____
(data) (luogo) (prov.)

residente a _____, CAP _____
(luogo) (prov.)

in _____; _____ telefono _____
(indirizzo)

Consapevole delle pene previste dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti, e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo dell'Azienda ai sensi dell'art.71 del medesimo D.P.R.

DICHIARA QUANTO SEGUE

1. ☐ di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni:
Pubblica Amministrazione _____ AZIENDA BOLOGNINI DI SERATE
(Denominazione Ente)

sito in OSPEDALE LOVERE BG VI MARTINOLI

(indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

Posizione Funzionale e **Profilo** DISCIPLINATA MENTE VA INTERNA I
LIVELLO _____
dal gg. 03 mese 11 anno 01 al gg. 30 mese 07 anno 2009

con rapporto di lavoro ☒ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☒ a tempo pieno ☐ a part-time al _____ %

CCNL applicato dall'Ente _____;

2. ☐ di essere attualmente in servizio presso la Pubblica Amministrazione:
Pubblica Amministrazione ASST BG EST PRECEDENTE ATS BG AMBITO SOVERE/RIVA
DI SOLTO/SOLTO COLLINA/BOSSICO/FONTENO dal 2010 al 2019 31
luglio _____

(Denominazione Ente)

Successivamente dal 1 agosto 2019 AMBITO LOVERE/CASTRO/PIANICO

(indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

Posizione Funzionale e **Profilo** MMG
dal gg. 01 mese 10 anno 2010 al gg. _____ mese _____ anno _____
con rapporto di lavoro ☒ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☒ a tempo pieno ☐ a part-time al _____ %

CCNL applicato dall'Ente _____;

3. ☒ dichiara inoltre che, in riferimento ai servizi di cui sopra non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/79 nr. 761;

CON RESPONSABILITÀ PIENA X LA DIREZIONE DI RSA ARTOGNE E RSA LOZIO, COMUNALE QUELLA DI ARTOGNE DAPPRIMA E SUCCESSIVAMENTE APPALTATA A COOPERATIVA, APPALTATA A COOPERATIVA QUELLA DI LOZIO
RESPONSABILITÀ PIENA X SERVIZI DI RSA APERTA, CON RIGUARDO A SERVIZI SUL TERRITORIO ALTO SEBINO FISIOTERAPICO, DI ASSISTENZA E ATTIVITÀ EDUCATIVO/PSICOLOGICA DEGLI UTENTI

COORDINATRICE E REFERENTE X MMG ALTO SEBINO CON COORDINAMENTO DAPPRIMA CON ATS SUCCESSIVAMENTE CON ASST-BGEST PER RACCORDO CON MMG, ORGANIZZAZIONE AUDIT E PROGETTI

DURANTE PERIODO PANDEMICO COLLABORAZIONE CON ATS NLL'ORGANIZZAZIONE DEL PUNTO TAMPONI E VACCINALE LOVERE E ROGNO, COORDINAMENTO DEI COLLEGHI PARTECIPANTI A TALI COMPITI.

PARTECIPAZIONE AD ORGANIZZAZIONE DI CAD E SUCCESSIVAMENTE AMT PER I PAZ ORFANI, CON PRESTAZIONE ANCHE DI ORE A LIVELLO PERSONALE. E CONTATTO CON COLLEGHI X COINVOLGIMENTO DEGLI STESSI

ACCOGLIENZA DI PAZ ORFANI PER INFORMAZIONI E SUPPORTO

ATTUALE SOSTEGNO ED AIUTO ED INFORMAZIONI A COLLEGHI DI AMT DELL'AMBITO

PARTECIPAZIONE DAL 21 AL 23 AI TAVOLI AZIENDALI ATS PER UNA SIGLA SINDACALE, COME COORDINATRICE PROVINCIALE PER BERGAMO,

CONTINUO COME COORDINATRICE PROVINCIALE BERGAMO PER LA MIA SIGLA E SONO PARTE ATTIVA DEL COORDINAMENTO NAZIONALE DELLA STESSA.

10. ☐ di aver partecipato al seguente soggiorno di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori:

titolo: _____

organizzato da: _____

sede: _____

dal _____ (gg/mese/anno) al _____ (gg/mese/anno);

11. ☐ di aver frequentato il seguente evento formativo:

Congressi/convegni/seminari

Corsi

titolo: MASTER II LIVELLO BIENNALE, RESIDENZIALE CON FREQ DI UNA SETT/MESE

organizzato da: UNIVERSITÀ LIUC CASTELLANZA

sede dell'evento: CASTELLANZA

dal 2009 /anno) al NOVEMBRE 2012 mese/anno) per _____ ore

☒ con superamento di esame finale

☐ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale

in qualità di

☐ uditore

☐ docente/relatore

☐ con il conseguimento di _____ crediti formativi E.C.M;

12. ☐ di aver effettuato la seguente attività didattica presso istituti per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario:

Denominazione Ente: _____

materia della docenza: _____

ore annue di insegnamento: _____;

4. ☒ di non essere incorso/a nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso Pubbliche Amministrazioni;

5. ☒ di aver prestato presso **Strutture Private – Accreditate/ Convenzionate con SSN** ARTOGNE LOZIO E RSA MARTINOLI LOVERE BS (Denominazione Ente)

sito in ARTOGNE E LOZIO E LOVERE
BS

(indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

Posizione Funzionale e **Profilo** DIRETTORE SANITARIO ARTOGNE E LOZIO /RESPONSABILE MEDICO DI RSA APERTA FONDAZIONE RSA MARTINOLI LOVERE

dal anno 12 al anno 18 ANNO 19/MARZO 25

con rapporto di lavoro ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☐ a tempo pieno ☐ a part-time al %

CCNL applicato dall'Ente LIBERA
PROFESSIONE ;

6. ☐ di aver prestato/ di essere in servizio all'estero presso:

Denominazione Ente (Denominazione Ente)

sito in

(indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

Posizione Funzionale e **Profilo**

dal gg. mese anno al gg. mese anno

con rapporto di lavoro ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☐ a tempo pieno ☐ a part-time al %

con riconoscimento ottenuto da in data gg. mese anno ;

7. ☐ di aver prestato/ di essere in servizio in regime di:

☐ libera professione

☒ collaborazione coordinata e continuativa

☐ progetto presso:

Denominazione Ente ASST BG EST E PRECEDENTE ATS
 BG

sito in

(indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

Posizione Funzionale e **Profilo** COORDINATORE/REFERENTE MMG ALTO SEBINO

dal anno 2020 al DATA ODIERNA

8. ☐ di aver svolto attività presso le seguenti strutture svolgendo la sotto indicata tipologia di prestazioni erogate dalle strutture medesime:

RSA ARTOGNE E RSA LOZIO DIREZIONE SANITARIA
FONDAZIONE RSA MARTINOLI LOVERE MEDICO RESPONSABILE DI RSA APERTA

 ;

9. ☐ di aver maturato i seguenti ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione:

DIREZIONE SANITARIA RSA, RESPONSABILITÀ RSA APERTA

13. ☒ di aver conseguito le seguenti idoneità nazionali:

____ NOVEMBRE 2007 IDONEITA' STRUTTURA SEMPLICE DIABETOLOGIA

Il/la sottoscritto/a allega al presente Curriculum Vitae una fotocopia conforme all'originale fronte retro di un valido documento di identità.

24/7/25

(data)

F.to Dr.ssa Nardis Paola

(firma non autenticata)

N.B.: Per consentire la corretta valutazione dei titoli è assolutamente necessario che l'autocertificazione contenga tutti gli elementi relativi a modalità e tempi dell'attività espletata che verrebbero indicati se il documento fosse rilasciato dall'ente competente.

l'originale del presente documento è agli atti della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

