

Il sottoscritto:

COGNOME: Florio

NOME: Michele

Nato il... [redacted] ;

CODICE FISCALE: [redacted]

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole altresì che l'A.O. di Cosenza può acquisire direttamente gli atti comprovanti:

- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data 05/11/1993 presso l'Università degli Studi di Siena
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo . conseguita in data 21/11/1993. presso l'Università degli studi di Siena
- di essere iscritto all'albo dell'ordine dei ...Medici-Chirurghi... della Provincia di Cosenza dal...08/03/1994..... n° di iscrizione 5856
- di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione: DisciplinaRadiologia indirizzo in Scienze Radiologiche..., conseguito in data 23/11/1998.... presso l'Università di Siena ai sensi del DLgs 257/1991 durata anni 4.

di prestare servizio: con rapporto di lavoro subordinato, nel profilo professionale..dirigente medico di I livello,.disciplina Radiologia, dal ...1 gennaio 2001 al.in corso.., presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza con contratto di lavoro a tempo indeterminato (n. ore38 settimanali)

- di svolgere il seguente Incarico dirigenziale: alta specialità in rm materno -infantile dal 01/12/2021 al in corso-, presso la Struttura Complessa ..di Radiologia...dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza,occupandosi dell'esecuzione dell'esame di RM in un contesto pediatrico e materno-infantile (nel nostro ospedale può essere eseguita anche in pazienti con pochi mesi di vita) gravata anche da una certa complessità organizzativa in quanto bisogna coordinare l'esigenza della programmazione delle sedute di RM(in relazione al numero di richieste infatti, si cerca di organizzare sedute dedicate ma non sempre questo è possibile), con le necessità del piccolo paziente che può richiedere assistenza rianimatoria.

- di aver conseguito con il massimo dei voti e lodeil Master in Direzione e Diritto della Saluta. Conseguito in data 11/12/2019 presso l'Università della Calabria



-di avere conseguito il Corso di perfezionamento in Colon-proctologia conseguito in data 17/11/2005.. presso la Seconda Università degli Studi di Napoli

- di avere svolto attività didattica presso...la Facoltà di Medicina e Chirurgia-UMG di Catanzaro Corso di Laurea in Infermeria a.a. 2010-2011...nell'ambito del Corso di insegnamento Prevenzione ambiente di lavoro, insegnamento di Diagnostica per immagini e radioterapia ore docenza complessive 6

-di avere svolto attività didattica presso...la Facoltà di medicina e chirurgia-UMG di Catanzaro Corso di Laurea in Infermeria a.a. 2010-2011...nell'ambito del Corso di insegnamento Prevenzione ambiente di lavoro insegnamento di Diagnostica per immagini e radioterapia, ore docenza complessive 6

-Di avere svolto attività didattica presso il Dipartimento di Farmacia e Scienze della Salute e Nutrizione- Università della Calabria a.a. 2017/2018, ore di docenza complessive 10, Master di I livello in infermiere di ricerca, insegnamento di La gestione del consenso informato

-Di avere svolto attività didattica presso il Dipartimento di Fisica- Università della Calabria a.a. 2019/2020, ore di docenza 8, Master Universitario di I livello "Utilizzo delle Radiazioni Ionizzanti e radioprotezione", insegnamento di Ruolo Del Medico Specialistico Dell'area Radiologica.

-Di avere svolto attività didattica presso Calabria Soccorso SueM 118 ASP Cosenza DPGR n.94 del 28 giugno 2012, ore di docenza 16, insegnamento di anatomia, a.a.2013-2014

- di accettare le condizioni del rapporto di esclusività dell'incarico prevista dal bando

- allega al presente curriculum:

a) dichiarazione del Direttore Sanitario riguardante la tipologia della Azienda Ospedaliera di Cosenza in cui è allocata la Struttura Complessa di Radiologia presso la quale il sottoscritto svolge la propria attività e la tipologia delle prestazioni che vengono erogate da tale struttura in cui il sottoscritto svolge/ha svolto la propria attività.

b) certificazione del Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza , rilasciata sulla base dell'attestazione del Direttore del Dipartimento dei Servizi, riguardante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal sottoscritto

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

Cosenza 30/12/2024

Dott. Michele Florio

