

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

redatto in forma di **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000**

in allegato alla domanda di partecipazione

AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO AL PERSONALE DEL COMPARTO

AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI di INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA
affendenti alle STRUTTURE ORGANIZZATIVE DELLE AREE DIPARTIMENTALI AMMINISTRATIVE, TECNICHE, ALLA
TECNOSTRUTTURA DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE STRATEGICA
E ALLE STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE

prot. n. 0310082/2024 del 22/11/2024 (scadenza presentazione domande 12/12/2024)

Il sottoscritto **MINIUTTI**

(cognome)

GIACOMO FRANCESCO

(nome)

nato a MILANO Prov. MI il 20/01/1990

residente a RIMINI CAP 47923 Prov. RN

via CAPUANA n.3B

Telefoni 3485495215

e-mail giacomo.miniutti@auslromagna.it

PEC giacomofrancesco.miniutti@ingpec.eu

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità e che le eventuali fotocopie di titoli allegati sono conformi all'originale.

DICHIARA di essere in possesso dei seguenti titoli:

(la dichiarazione resa, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione di quanto si dichiara)

TITOLI DI STUDIO

A) Elencare titoli di studio/abilitazioni professionali, lauree, specializzazioni, dottorati, master ecc:

Titolo di studio (indicare denominazione esatta, classe di laurea, durata legale del corso di studi)	Conseguito il (gg/mm/aa)	Presso (indicare Scuola/Università/Ente e sede legale)
Laurea magistrale in ingegneria meccanica classe LM-33	14/12/2017	Alma mater studiorum università di Bologna

aggiungere righe in caso di necessità

B) Iscrizione ad Ordini Professionali/Albi Professionali

(indicare anche le iscrizioni precedenti all'attuale):

Ordine Professionale/ Albo Professionale	Numero	Dal (gg/mm/aa)	Sede legale (indicare città):
ORDINE DEGLI INGEGNERI DI RIMINI	1670	06/02/2023	RIMINI

aggiungere righe in caso di necessità

CURRICULUM PROFESSIONALE

C) Attività lavorativa svolta presso il **Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.)** e altre **Pubbliche Amministrazioni**:

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti per datori di lavoro privati o mediante intermediari con, ad esempio, agenzie interinali / cooperative / altro, che possono essere dichiarate nella sezione dedicata)

	Datore di lavoro (Ente) Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero - professionista - CoCoCo	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Collaboratore Amministrativo	Impegno orario settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	Azienda usl della Romagna sede legale: via De Gasperi,8 Ravenna (RA)	10/01/2018	07/01/2021	Dipendente a Tempo determinato	Collaborat. Tecnico profess./sett.tecnico -termotecnico (cat.D)	36
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	U.O. MGII				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)					
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Manutenzione, gestione verifica ed adeguamento normativo di impianti in ambito sanitario (impianti termotecnici, distribuzione Gas Medicali, Dialisi, sale operatorie, Diagnostiche) ; progettazione, direzione operativa di lavori pubblici in strutture sanitarie; plurime esperienze in giudicazione offerte tecniche contratti, stesura capitolati tecnici e direzione esecuzione contratti				

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

2	Datore di lavoro (Ente) Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero - professionista - CoCoCo	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Collaboratore Amministrativo	Impegno orario settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Azienda usl della Romagna sede legale: via De Gasperi,8 Ravenna (RA)	08/01/2021	31/12/2022	Dipendente a Tempo determinato	Collaborat. Tecnico profess./sett.tecnico -termotecnico (cat.D)	36
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	U.O. MGII				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Persona Autorizzata (PA) relativamente alla gestione operativa dei Gas Medicinali per l'ambito di Rimini ai sensi della UNI EN ISO 7396-1 e 2 Assistente DEC del servizio di prelievo campioni ed esecuzione analisi per la ricerca della legionellosi per l'azienda usl della Romagna ambito di Rimini RUP contratto <i>Affidamento dei lavori per il completamento delle lavorazioni per il CAU di Rimini e modifica dell'impiantistica esistente per la demolizione della Piastra 7</i> Rappresentante del datore di lavoro committente per attività in ambienti sospetti				

		di inquinamento o confinati ambito di Rimini
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Manutenzione, gestione verifica ed adeguamento normativo di impianti in ambito sanitario (impianti termotecnici, distribuzione Gas Medicali, Dialisi, sale operatorie, Diagnostiche) ; progettazione, direzione operativa di lavori pubblici in strutture sanitarie; plurime esperienza in giudicazione offerte tecniche contratti, stesura capitolati tecnici e direzione esecuzione contratti

	Datore di lavoro (Ente) Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Collaboratore Amministrativo	Impegno orario settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Azienda usl della Romagna sede legale: via De Gasperi,8 Ravenna (RA)	01/01/2023		Dipendente a Tempo determinato	Collaborat. Tecnico profess./sett.tecnico -termotecnico (area dei professionisti della salute e dei funzionari)	36
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
3	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	U.O. Attività Tecniche Rimini				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Persona Autorizzata (PA) relativamente alla gestione operativa dei Gas Medicinali per l'ambito di Rimini ai sensi della UNI EN ISO 7396-1 e 2 Assistente DEC del servizio di prelievo campioni ed esecuzione analisi per la ricerca della legionellosi per l'azienda usl della Romagna ambito di Rimini RUP contratto <i>Affidamento dei lavori per il completamento delle lavorazioni per il CAU di Rimini e modifica dell'impiantistica esistente per la demolizione della Piastra 7</i> Rappresentante del datore di lavoro committente per attività in ambienti sospetti di inquinamento o confinati ambito di Rimini				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Manutenzione, gestione verifica ed adeguamento normativo di impianti in ambito sanitario (impianti termotecnici, distribuzione Gas Medicali, Dialisi, sale operatorie, Diagnostiche) ; progettazione, collaudi e direzione operativa di lavori pubblici in strutture sanitarie; plurime esperienza in giudicazione offerte tecniche contratti, stesura capitolati tecnici e direzione esecuzione contratti				

D) Attività lavorativa svolta presso Case di Cura / Strutture sanitarie convenzionate o accreditate con il SSN:

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti per datori di lavoro privati non convenzionati/accreditati, che possono essere dichiarati nelle sezioni seguenti)

1	Datore di lavoro Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dalla sede legale - via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Collaboratore Amministrativo	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		

	Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività	
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

E) Attività lavorativa svolta mediante intermediari privati (es. agenzie interinali / coop / altri) esclusivamente in favore di Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale o altre Pubbliche Amministrazioni:

	Datore di lavoro Denominazione, Sede legale, via, città	Ente dove viene svolta l'attività lavorativa denominazione dell'Ente, sede, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Collaboratore Amministrativo	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1							
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività						
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

F) Attività lavorativa svolta presso altre strutture private (l'attività lavorativa presso Case di Cura / strutture convenzionate / accreditate va riportata nella sezione D)

	Datore di lavoro Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Azienda dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dal datore, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1							
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività						
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

segue **CURRICULUM PROFESSIONALE**

G) Incarichi di Docenza per Centri di Formazione autorizzati, Scuole/Istituti scolastici pubblici/riconosciuti, Università (riportare in ordine cronologico):

	Centro formativo/Scuola/Università Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data fine (gg/mm/aa)	Indicare numero di anni scolastici/anni accademici interessati	Impegno orario complessivo	Materia di insegnamento
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

aggiungere righe in caso di necessità

CURRICULUM FORMATIVO

H) Attività di Relatore / Docente / Tutor / Moderatore / Segreteria Scientifica nell'ambito di eventi formativi e/o di aggiornamento professionale:

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario)	Titolo dell'evento formativo	Data / date (gg/mm/aa) e durata espressa in ore / giornate	Ruolo (Relatore, Moderatore ecc.)	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1.	BRAINZ S.R.L.	CONVEGNO	TAVOLA ROTONDA HEALTHCARE CONVEGNO IT'S ALL ENERGY	17/10/2023 1 GIORNATA	RELATORE	
2.						
3.						
4.						
5.						

aggiungere righe in caso di necessità

segue **CURRICULUM FORMATIVO**

I) Partecipazione in qualità di discente / uditore ad eventi formativi e/o di aggiornamento professionale (es. corsi/convegni/seminari):

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario ecc.)	Titolo dell'evento formativo	Data/date (gg/mm/aa) di svolgimento e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM se previsti /eventualmente conseguiti
1.	FEDERAZIONE ITALIANA PER L'USO RAZIONALE DELL'ENERGIA	CORSO	FONDAMENTI DI ENERGY MANAGEMENT	48 ORE	40 CFP
2.	QUIDEM	CORSO	FORMAZIONE PER RAPPRESENTANTI DEL DATORE DI LAVORO COMMITTENTE PER ATTIVITÀ IN AMBIENTI SOSPETTI DI INQUINAMENTO O CONFINATI	04/07/2023 8 ore	
3.	WOLF	CONVEGNO	EFFICIENZA ENERGETICA E QUALITÀ DELL'ARIA	20/09/2018	
4.	ORDINE DEGLI INGEGNERI DI RIMINI	SEMINARIO	DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ	04/04/2024	2 CFP
5.	ORDINE DEGLI INGEGNERI DI RIMINI	CORSO	LEGIONELLA: UN RISCHIO DA GESTIRE Confronto su progettazione, prevenzione e responsabilità	20/04/2023 4 ORE	4 CFP
6.	BRAINZ SRL	CONVEGNO	IT'S ALL ENERGY EFFICIENCY	11/10/2022	
7.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Corso di Formazione per utilizzatori di Azoto Liquido come previsto dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. e Accordi Stato Regioni del 21/12/2011 e del 07/07/2016	2 ORE 23/11/2024	
8.	AUSL ROMAGNA	INCONTRO FORMATIVO	Incontro informativo sul rischio Amianto di cui al D.M. 06/09/1994 allegato punto 4a	2 ORE 15/02/2021	
9.	AUSL ROMAGNA	INCONTRO FORMATIVO	Impianti di distribuzione gas medicali : Documento di Gestione Operativa ex allegato G Norma UNI EN ISO 1396:2017	4 ORE 05/11/2021	
10.	AUSL ROMAGNA	INCONTRO FORMATIVO	Innovazione tecnologica nella gestione operativa: impianto osmosi	2 ORE 05/02/2020	
11.	AUSL ROMAGNA	INCONTRO FORMATIVO	Formazione, aggiornamento e addestramento con esercitazioni pratiche sulle GMP per i laboratori di farmacia delle preparazioni antiblastiche	8 ORE 11/12/2018 18/12/2018	

aggiungere righe in caso di necessità

J) Attività tramite Borsa di studio / Frequenza volontaria / Tirocinio:

Ente conferente Denominazione, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività – se Ente diverso dal conferente Denominazione dell'Ente Sede, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: Borsa di studio Frequenza volontaria Tirocinio	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
---	--	-------------------------------------	---	---	---

1						
	Ambiti in cui l'attività è stata svolta, principali mansioni, responsabilità, capacità e competenze acquisite					

Ripetere lo schema per ogni altra attività

K) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Elencare in ordine cronologico i singoli titoli degli articoli/capitoli/abstract ecc., gli estremi della rivista, gli autori avendo cura di evidenziare il proprio nome, l'anno di pubblicazione, allegando copia di ciascun lavoro nel medesimo ordine.

I lavori non allegati non potranno essere valutati.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

aggiungere righe in caso di necessità

L) ULTERIORI INFORMAZIONI

Capacità e competenze informatiche:

Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite

Ottima conoscenza del pacchetto office (certificazione ECDL); buona conoscenza del software Autocad; buona conoscenza del software Primus; conoscenza base del pacchetto EdilClima (700); conoscenza base software Carrier (Hourly Analysis Program)

(aggiungere righe in caso di necessità)

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

BUONA CONOSCENZA DELL'INGLESE (CERTIFICATO B2)

(aggiungere righe in caso di necessità)

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

PATENTE DI GUIDA B _____

(aggiungere righe in caso di necessità)

Data _____

FIRMA _____

(FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso, o FIRMA DIGITALE certificata)