CURRICULUM PROFESSIONALE
(EX ART. 8 D.P.R. N. 484/1997)

Il/la sottoscritto/a ___Francesco Paolo Manzella_____
nato/a il _____ [redacted] _____ a ____ [redacted])
residente a _____ [redacted] _____ ([redacted]) [redacted] _

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

di essere **in possesso della Laurea** in .....MEDICINA E CHIRURGIA.....
conseguita in data 21/07/1987.....
presso l'Università degli Studi di PALERMO.....

di essere **iscritto all'albo dell'ordine dei medici** della Provincia di .....TRAPANI.....
dal ...08/02/1988..... n° di iscrizione 2328.....

di essere **in possesso del seguente diploma di specializzazione:**

1) Disciplina: Otorinolaringoiatria.....
conseguito in data...13/07/1992..... presso l'Università degli Studi di Catania.....
ai sensi del
DLgs 257/1991 ☒ DLgs 368/1999 ☐ altro .....
durata anni 4 (quattro)

di aver **frequentato il seguente corso di formazione manageriale ai sensi art. 16 quinquies comma 2 del D. Lgs. 30.12.1992 e ss.mm.ii. e Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003:**

dal 05/11/2021 al ...28/05/2022..... durata ore ...136.....(in attesa di esame finale).....
presso.....Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Palermo.....
contenuti del corso : organizzazione e gestione dei servizi sanitari, strumenti per la gestione e qualità dei servizi, gestione delle risorse umane, criteri di finanziamento ed elementi di bilancio e controllo ...

TITOLI DI CARRIERA

di prestare servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni o in Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente ASP2 Caltanissetta P.O. S. Elia .....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

sede .....Caltanissetta..... via Luigi Russo..... n. 6

posizione funzionale .....Direttore .....
disciplina di inquadramento.....Otorinolaringoiatria.....

dal ...01/03/2021..... al 11/06/2023..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto ☐ a tempo determinato . ☒ a tempo indeterminato
☒ a tempo pieno ☐ con impegno ridotto, ore ..... settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)
per motivi .....

causa risoluzione rapporto .....

denominazione e tipologia ARNAS- Ospedale Civico Palermo
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

sede ...Palermo in Piazza Nicola Leotta ..... n. 4

posizione funzionale .....Dirigente medico.....
disciplina di inquadramento.....Otorinolaringoiatria.....

dal ...01/06/2002..... al 28/02/2021..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto ☐ a tempo determinato . ☒ a tempo indeterminato
☒ a tempo pieno ☐ con impegno ridotto, ore ..... Settimanali

☐ ricorrono ☒ non ricorrono
le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79
(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività' di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

denominazione e tipologia Ente Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate Trapani.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

sede .....Casa Santa Erice.....(TP)..... via ...Cosenza..... n. 82

posizione funzionale .....Dirigente medico.....
disciplina di inquadramento.....Otorinolaringoiatria.....

dal ...01/07/1991..... al 31/05/2002..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto ☐ a tempo determinato . ☒ a tempo indeterminato
☒ a tempo pieno ☐ con impegno ridotto, ore ..... settimanali

☐ ricorrono ☒ non ricorrono
le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79
(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività' di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di essere titolare di rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 8 c. 1 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. come Medico di Medicina Generale
oppure
Pediatra di Libera Scelta
presso .....
dal ..... al .....
indicare interruzioni, sospensioni dal ..... al .....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere maturato come segue per almeno n° ___ anni la specifica esperienza nei servizi territoriali:
(indicare il numero degli anni di specifica esperienza nei servizi territoriali, tenendo conto del requisito di ammissione richiesto)
.....
.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere maturato come segue una adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali:
.....
.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

che la tipologia delle istituzioni e delle prestazioni erogate nelle strutture in cui è stata svolta attività con rapporto di lavoro subordinato è la seguente:
(indicare denominazione Ente/Azienda e sede, tipologia Ente/Azienda– Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, Presidio di ASL, IRCCS pubblico, IRCCS privato, altro)

Denominazione e tipologia Ente .....Presidio ospedaliero S.Elia ASP2 Caltanissetta .....
Tipologia S.C. U.O.C. Otorinolaringoiatria.....
Tipologia prestazioni erogate dalla struttura: Ricoveri ordinari, day hospital, day service, flusso C (prestazioni ambulatoriale).

Denominazione e tipologia Ente .ARNAS Civico- Di Cristina Benfratelli Palermo.....
Tipologia S.C.....U.O.C Otorinolaringoiatria.....
Tipologia prestazioni erogate dalla struttura .....Ricoveri ordinari, Day Hospital Day Service, attività ambulatoriale.

Denominazione e tipologia Ente ..Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate Trapani.....
Tipologia S.C.....Divisione di Otorinolaringoiatria.....
Tipologia prestazioni erogate dalla struttura Ricoveri ordinari, Day Hospital Day Service, attività ambulatoriale.

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi art 27 C.C.N.L. 8.06.2000:
di essere / ~~essere~~ ~~stato~~ titolare dei seguenti incarichi dirigenziali
denominazione incarico: .....Direttore U.O.C. Otorinolaringoiatria PO S. Elia ASP2 Caltanissetta
tipologia di incarico: art. 27 lettera .....A.....
lett. **a)** incarico di direzione di struttura complessa (ricompresi incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero); lett. **b)** incarico di direzione di struttura semplice: lett. **c)** incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, lett. **d)** incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

dal .....01/03/2021..... ad 11/06/2023..... (indicare giorno/mese/anno)
presso .....PO S.Elia ASP2 Caltanissetta.....
descrizione attività svolta .....direzione delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e chirurgiche svolte presso l' UOC ORL
.....
.....

duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

SPECIFICI AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE CON FUNZIONI DI DIREZIONE

di aver svolto le seguenti attività con specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione

dal 01/06/2001..... al .....31/11/2001..... (indicare giorno/mese/anno)
presso (indicare Ente/Azienda) .....Divisione di Otorinolaringoiatria Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate Trapani.....
tipologia attività (indicare solo attività attinenti) attività di ricovero,ambulatoriale e chirurgica.....
.....

descrizione attività svolta .....Responsabile della Divisione.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

ULTERIORI AMBITI DI AUTONOMIA/RESPONSABILITA'

di aver svolto le seguenti attività con ulteriori ambiti di autonomia/responsabilità

dal 01/01/2012..... al ...31/12/2017...2017..... (indicare giorno/mese/anno)
presso (indicare Ente/Azienda) .....U.O.C. Otorinolaringoiatria ARNAS Ospedale Civico Palermo.....
tipologia attività (indicare solo attività attinenti) .....

descrizione attività svolta ...Responsabile in assenza per ferie o malattia del Direttore.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

ALTRI TITOLI DI CARRIERA

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente.....
di ..... via ..... n. .....

nella branca di .....
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale di ore .....
causa risoluzione rapporto .....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

ALTRE ATTIVITA' PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
(indicare solo attività attinenti)

di avere **svolto attività nel profilo professionale di** .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)
presso (denominazione e sede Ente) .....

a titolo di

☐ co.co.co. ☐ libero professionista ☐ borsista ☐ altro .....
con impegno orario settimanale di ore .....
motivo interruzione o causa di risoluzione .....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver effettuato attività di frequenza volontaria:
(indicare solo attività attinenti)

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
di ..... via ..... n. .....

posizione/mansione .....
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale di ore .....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver svolto i seguenti soggiorni di studio/addestramento:
(indicare i soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, **di durata non inferiore a mesi tre**, *con esclusione dei tirocini obbligatori*)

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
di ..... via ..... n. .....
tipologia/contenuto dell'iniziativa .....
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore .....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione delle ore annue di insegnamento – **esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi**):

presso.....ASL Trapani.....
nell'ambito del Corso di specializzazione polivalente indetto dal Ministero della Pubblica Istruzione per insegnanti di sostegno.....
insegnamento .....Otorinolaringoiatria.....a.a. .....1994-1995.....
ore docenza .....60 ore complessive..... (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

n°	ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	Ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	Ecm
1	Health&life	Ready to dupilumab	01/04/2022		Salerno	
2	Nord Est congressi srl	108 SIO	25-28/05/2022		Roma	3
3	Nord Est congressi srl	3° Oncological Laryngology international Master	20-23/06/2022	34	Vittorio Veneto	34
4	ICLO	7° surgical- Hands On dissection Course in Laryngeal cancers	21-23/02/2022	3 giorni	Verona	
5	CI.CA srl	Corso Di Aggiornamento "G.B Catalano": Il Reflusso Faringo-Laringeo E L'Otorinolaringoiatra: Up To Day	10/07/2021	7 ore	San Giovanni La punta (CT)	7
6	Nord Est congressi srl	104° congresso nazionale SIO	25/05/2017		Sorrento	2,5
7	ARTCOM srl	Master Di Dissezione E Chirurgia Endoscopica Dei Seni Paranasali E Del Basicranio	09-13/11/2015	44	Milano	50
8	Omniacongress S.R.L.	I Corso Di Chirurgia Endoscopica E Dei Seni Paranasali	18-19/06/2015	13	Palermo	14.5
9	Ifo -Istituti Fisioterapici Ospitalier	Svuotamento del collo	14-16/10/2014	30	Roma	43,5
10	Nord Est Congressi Srl	2° Master Di Laringologia Oncologica	14-17/04/2014	34	Vittorio Veneto	34.3
11	Update International Congress Srl	XIXCorso Avanzato Di Aggiornamento Post Universitario Su Rinite Allergica E Patologie Associate	24-25/05/2013	12	Ancona	14,5
12	OMNIACONGRESS srl	Corso Teorico Pratico Di Chirurgia Dell'orecchio Medio	21-22/02/2013	13	Agrigento	13
13	Nord Est Congressi srl	Corso Internazionale Di Chirurgia Orl In Diretta	19-21/03/2012	24	Roma	12
14	ospedale castel san pietro	International spring course on functional and aesthetic surgery of the nose	08-09-10/2006		Bologna	
15	Azienda Ospedaliera	31°convegno interregionale	07-08-		Cefpas	

	Regionale S. Elia	gruppo siciliano di Otorinolaringoiatria	09/09/2001			
16		XXX congresso interregionale del gruppo siciliano di Otorinolaringoiatria	15-17/09/2000		Milazzo	
17		Le urgenze delle prime vie aeree : aspetti clinici, anestesiologici e medico legali	30/10/1999		CEFPAS	
18		CORSO PRATICO DI LASERCHIRURGIA	13-14/10/1995		Benevento	
19		XXV congresso del gruppo siciliano di Otorinolaringoiatria	29-30/09/1995 01/10/1995		Enna	
20		IV corso teorico-pratico di microchirurgia dell'orecchio e secondo corso di chirurgia funzionale ed estetica del naso	28/02/1994 04/03/1994		Messina	
21		III corso teorico pratico di microchirurgia dell'orecchio	09-13/11/1992		Messina	
22		XIX congresso del gruppo siciliano di Otorinolaringoiatria	22-24/09/1989		Agrigento	
23		76° congresso nazionale SIO	24-27/05/1989		Rieti	
24		XII congresso di società italiana di microchirurgia	15-17/05/1989		Acireale	
25		XIV congresso nazionale della società italiana di ricerca in chirurgia	16-18/05/1989		Catania	
26	CRS Amplifon	Corso di vestibologia	24-26/10/1988		Bari	
27		X congresso nazionale della società italiana di otorinolaringoiatria pediatrica	20-22/10/1988		Roma	
28		XVIII raduno del gruppo siciliano di otorinolaringoiatria	16-18/09/1988		Milazzo	

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi:

n°	ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	Ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	Ecm
1	Mec congress s.r.l	Type 2 net	10/06/2023	7 ore	Agrigento	6
2	Meet&Work	SIO 109	24-27/05/2023	4 giorni	Milano	
3	FLUORITE	Le protesi acustiche a	23/04/2022	7 ore	Palermo	4

		conduzione ossea				
4	Meeting&creative	Giornate palermitane di otorinolaringoiatria	7-8/10/2022	2 giorni	Santa Flavia (PA)	
5	Full congress srl	Corso di alta formazione: Vertigine acuta moderno approccio e criticità	30/04/2022	10 ore	Cefalu' (PA)	6
6	FLUORITE	Giornata di otorinolaringoiatria geriatrica	19/11/2022	8 ore	Menfi (AG)	8,3
7	FullCongress	VIII forum di endocrinochirurgia: chirurgia live	8-9/07/2021		P.O. s. Elia	10,5

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere in possesso della idoneità nazionale a primario ospedaliero nella disciplina di ..... conseguita in data .....

di **possedere i seguenti ULTERIORI TITOLI** (es. ulteriori lauree ed ulteriori specializzazioni ad esclusione di quelli già segnalati nella domanda quali requisiti di ammissione, master Universitari, dottorati di ricerca, ecc...)

Tipologia Titolo .....
conseguito in data ..... presso .....
durata .....

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

1_ Fibroma ossificante del massiccio facciale. Presentazione di un caso. La nuova clinica otorinolaringoiatrica. XLVI 91 1994

2_..... Linfoma non- Hodgkin della base della lingua. Presentazione di una caso. La Nuova Clinica Otorinolaringoiatrica. XLVI 31 1994.....

3_..... Problemi sollevati dalla presenza di voluminoso corpo estraneo ipofaringeo (protesi dentale). La Nuova Clinica Otorinolaringoiatrica. vol. XL n"2 1988

4_..... Un caso anomalo di paralisi periferica del nervo facciale. La Nuova Clinica Otorinolaringoiatrica- Vol XXXIX n 1 1987

5_ L'associazione amiloidosi primaria- fibrosarcoma della laringe. La Nuova Clinica Otorinolaringoiatrica. La Nuova Clinica Otorinolaringoiatrica

6_..... I corpi estranei del rinofaringe (contributo clinico). La Nuova Clinica Otorinolaringoiatrica- Vol XXXIX n2- 1987

di aver **collaborato alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

1_.....
.....

2_.....
.....

VOLUME ATTIVITA' SVOLTA

di avere **svolto specifica attività professionale nei servizi territoriali** e di possedere la seguente casistica di specifiche esperienze e attività professionali riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico:

(ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. a) del DPR 484/1997 per le discipline ricomprese nell'area chirurgica e delle specialità chirurgiche, è richiesta una casistica chirurgica e delle procedure chirurgiche invasive; ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. b) del DPR 484/1997 per le altre discipline, è richiesta una casistica di specifiche esperienze e attività professionali)

- casistica operatoria in qualità di 1° operatore UOC ORL P.O S.Elia ASP2 CL : (dal 01.03.2021 al 31.12.2022) totale interventi n° 201

-casistica operatoria in qualita' di 1° operatore UOC ORL ARNAS Civico Palermo (dal 01/01/2014 al 31/12/20209 totale interventi n° 3413

- casistica operatoria in qualita' di 1° operatore UOC ORL ARNAS Civico Palermo (dal 01/06/2002 al 31/12/2020) totale interventi n°7639

– casistica operatoria in qualità di 1° operatore UO ORL PO S.Antonio Abate Trapani (01/07/1991 al 22/08/2001) totale interventi n°1758

.....

.....

N.B. la presente dichiarazione NON SOSTITUISCE la certificazione ai sensi dell'art. 6 comma 2 e dell'art. 8 comma 3 lett. c) (tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato) del DPR 484/1997

(duplicare le righe se insufficienti)

PROFILO PROFESSIONALE SPECIFICO

Viste le caratteristiche di contesto organizzativo in cui si inserisce la Struttura Complessa e il profilo professionale specifico del candidato delineati nell'avviso per il conferimento dell'incarico, si evidenzia come segue il possesso delle caratteristiche richieste:
comprovata esperienza lavorativa in qualità di Direttore dell'U.O.C di Otorinolaringoiatria del PO S. Elia di Caltanissetta e in qualità di dirigente medico in forza alla U.O.C. ORL dell'ARNAS Ospedale Civico di Palermo e all'UO ORL del PO S. Antonio Abate di Trapani, strutture queste con ampio volume di casistiche eroganti prestazioni caratterizzate da elevata complessità ed innovatività. Il sottoscritto è a conoscenza e pratica metodiche e tecniche riconducibili a chirurgia, anche oncologica, del distretto testa-collo, orecchio , naso e seni paranasali e chirurgia pediatrica (totali interventi eseguiti in qualità di primo operatore dal 1991 ad oggi: n° 9121) .

L'esperienza da Direttore Dell'UOC di Caltanissetta mi ha permesso di sviluppare competenze organizzative nella gestione di tutto il percorso assistenziale del paziente e di tutto il personale della divisione , la capacità di gestione delle risorse di budget, capacità alla promozione della corretta compilazione e gestione della documentazione clinica.

Ottima conoscenza delle apparecchiature elettromedicali

Buona conoscenza delle tecnologie informatiche e della lingua inglese

Ottima capacità organizzativa, forte propensione al dovere e promotore dello sviluppo e dello spirito di appartenenza all'azienda. Partecipazione attiva in qualità di relatore e/o moderatore a corsi e congressi di rilevanza nazionale e regionale.

(duplicare le righe se insufficienti)

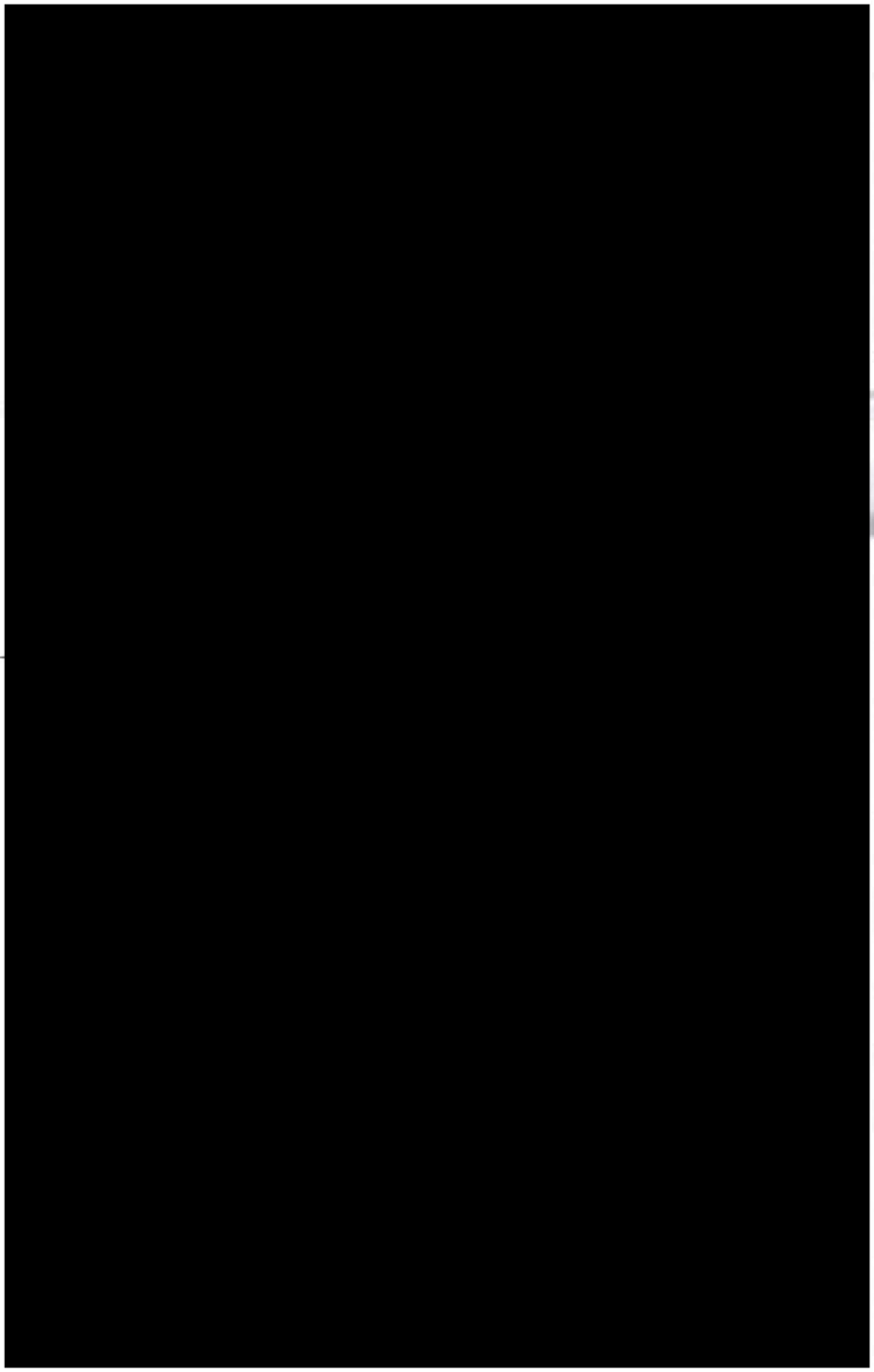
Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196. In particolare dichiara di essere a conoscenza che, prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale.

__Caltanissetta_____, li __11/06/2023_____

Il/La dichiarante

Francesco Paolo Manzella

[redacted]

La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010

[redacted]