

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **CAPRIOLI PIERFRANCO**
Data di nascita **19 NOVEMBRE 1960**
Qualifica
Telefono Ufficio **331547923**
Fax Ufficio
E-mail istituzionale **pierfranco.caprioli@asst-ovestmi.it**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da - a) **DAL 1988**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Odontoiatra c/o Studio Associato Caprioli & Gimigliano Legnano**
- Tipo di azienda o settore **Implantologia Parodontologia Chirurgia Odontoiatria Legale**
- Tipo di impiego **Direttore Sanitario**
- Principali mansioni e responsabilità
 - Date dal. **1987.**
ASST OVEST MILANO Vecchio Ospedale Legnano
Specialista Convenzionato Odontoiatra
 - Date dal. **2015**
TRIBUNALE di Busto Arsizio
Consulente Tecnico d'Ufficio. CTU
 - Date dal. **2011**
Università degli Studi di Milano
CLID Corso di Laurea di Igiene Dentale
Professore a Contratto

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da - a) 1980/ 1986
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università degli Studi di Milano
Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentale
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentale
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)
- Date dal. 2013
- Università degli Studi di Chieti e Pescara
- Master in Medicina Legale Odontostomatologia

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

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

MADRELINGUA ITALIANO

ALTRE LINGUA

INGLESE SPAGNOLO

- Capacità di lettura [Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]
- Capacità di scrittura [Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]
- Capacità di espressione orale [Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

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.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

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.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE
ARTISTICHE
*Musica, scrittura, disegno
ecc.*

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ALTRE CAPACITÀ E
COMPETENZE
*Competenze non
precedentemente indicate.*

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio
persone di riferimento, referenze ecc.]

ALLEGATI

[Se del caso, enumerare gli allegati al CV.]

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali.

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Il sottoscritto è consapevole che il proprio curriculum vitae verrà pubblicato nella pagina Amministrazione Trasparente del sito web dell'ASST Ovest Milanese, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

LUOGO LECCE

DATA 28/05/2019

NOME COGNOME

Copriolo Riccardo

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a CAPRIOLI PIERFRANCO
nato/a a LEGNANO (prov. MI)
il 19-11-1960 M ☒ F Codice Fiscale CPRPFR 60S18E514T
Comune di Residenza LEGNANO (prov. MI)
Indirizzo Via MILANO nr. 48 Cap 20025
Telefono 0331547823 Mail pier.caprioli@alice.it
Recapito Professionale nel Comune di LEGNANO (Prov. MI)
Via PIAZZA FRUA nr. 1 Cap. 20025
Telefono 0331546501 Mail Pec pier@mypec.eu
Medico Specialista Ambulatoriale per la branca di ODONTOIATRIA

DICHIARA

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia)
con voto 98 /110 /100 conseguito/a presso l'Università di MILANO in data 15-07-86
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di ODONTOIATRA (medico chirurgo o odontoiatria, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo)
nella sessione 30/11/86 presso l'Università di MILANO
3. di essere iscritto all'Albo professionale Medici e Odontoiatri (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi)
presso l'Ordine Provinciale/Regionale di MILANO dal 21-1-1987
4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in conseguita il
presso l'Università di con voto
in conseguita il presso
l'Università di con voto
in conseguita il presso
l'Università di con voto

5. di essere nella seguente posizione:

	SI	NO
a) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;		X
b) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;		X
c) esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;		X
d) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;		X
e) svolgere attività di medico di medicina generale;		X
f) svolgere attività pediatra di libera scelta;		X
g) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);		X
h) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);		X
i) esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività <u>STUDIO ODONTOIATRICO APPARATO CIRURGICO</u>);	X	
j) svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;		X
k) fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;		X
l) operare a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);		X
m) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;		X
n) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;		X
o) fruire di trattamento di quiescenza;		X
p) avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);		X

q) essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____		X
r) avere riportato condanne penali		X
s) avere procedimenti penali pendenti;		X
t) trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici (se sì specificare) _____		X
u) aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati (se sì specificare) _____		X
v) aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale (se sì specificare) _____		X
w) essere sottoposto a procedimenti penali, per quanto a propria conoscenza.		X
x) percepire l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____).		X

6. di essere attualmente nella seguente situazione di incarico:

Presso (1)	Tipologia di incarico (2)	totale ore settimanali	svolte il (indicare il giorno)	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore
ASSI QUESTORI	1 WD.	12	LUN. MAR. MERC.	8.30	12.30		

NOTE (3)

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 28/05/2019 Firma per esteso Girolamo Porfano

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario _____

- (a) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità
- (b) Indicare se trattasi di incarico a tempo indeterminato, determinato, di sostituzione o provvisorio
- (c) Spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.