SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL FROSINONE

Allegato D

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il sottoscritto	COGNOME: **FEMINELLA**	NOME **GIANLUIGI MARIA**

Nato il	**25/02/1965**	a: **MARATEA**	prov.	**PZ**

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell'art.46 del medesimo decreto l'ASL di Frosinone può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

- **DI ESSERE IN POSSESSO DELLA LAUREA** in **MEDICINA E CHIRURGIA**

conseguito in data **08/04/1992**
presso l'Università degli Studi di **ROMA "La Sapienza"**

Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia
Riconoscimento a cura del .....in data .....
(duplicare il riquadro in caso di necessità)

- **DI ESSERE ISCRITTO ALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI POTENZA**

Dal **26/06/1992** n° di iscrizione **2435**

- **DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI DIPLOMI DI SPECIALIZZAZIONE:**

1) Disciplina: **Ostetricia e Ginecologia**.....
conseguita in data **10/11/1997** presso l'**Università di Cattolica Sacro Cuore "A.Gemelli" di Roma**

2) Disciplina: .....
conseguita in data..... presso l'Università di.....

Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia

Riconoscimento a cura del, in data .....

- **DI AVERE PRESTATO SERVIZIO CON RAPPORTO DI DIPENDENZA, IN QUALITÀ DI:**

profilo professionale **DIRIGENTE MEDICO**..... disciplina **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

dal 05/07/2005 al **Attuale**

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

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) Ospedale Generale di Zona di "Cristo Re" di Roma – via delle Calasanziane n.25

Attività Svolta
Anno / N° Interventi chirurgici: **2025 / 224**
Anno / N° Interventi chirurgici: **2024 / 192**
Anno / N° Interventi chirurgici: **2023 / 165**
Anno / N° Interventi chirurgici: **2022 / 163**
Anno / N° Interventi chirurgici: **2021 / 126**

Anno / Assistenza parto spontaneo-operativo dal 01/01/2021 al 31/12/2025: **466***

con interruzione dal servizio *(ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):*
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto NESSUNO

* come da documentazione allegata

- **DI AVERE PRESTATO SERVIZIO CON RAPPORTO DI DIPENDENZA, IN QUALITÀ DI:**

profilo professionale **DIRIGENTE MEDICO**..... disciplina **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

dal 15/01/2002 al 30/06/2005

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

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza - Via Potito Petrone 85100 Potenza (PZ)

con interruzione dal servizio *(ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):*
dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto Dimissioni per nuovo incarico "Ospedale Cristo Re".

- **DI AVER PRESTATO ATTIVITÀ DI SPECIALISTA AMBULATORIALE EX ACN**

nella branca di.....
dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore.....

dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore.....

presso (Azienda Sanitaria, Ente, privati, ecc).....di.....(prov.....) – via....., n.....
(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

- **DI AVER PRESTATO SERVIZIO CON RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO** (es. Co.co.co., collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati ecc.)
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2 – Terni USL Umbria 2 c/o Struttura Complessa di Ostetricia Ginecologia PO di Orvieto
Profilo/mansione/progetto
Incarico c/o Struttura complessa di Ostetricia e Ginecologia PO di Orvieto delibera DG 722/2025 del 17/11/2025
dal 17/11/2025 al Attuale
con impegno orario settimanale / mensile: 48 ore/mensili
motivo interruzione o cause risoluzione NESSUNO, Attualmente in corso

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati ecc.)
Gruppo Medical Line Consulting (MLC)
Profilo/mansione/progetto
Incarico assistenza medico/ginecologica c/o PO di San Donà di Piave (prov.VE) delibera DG 541/2024 del 30/05/2024
dal 30/05/2024 al 02/01/2026
con impegno orario settimanale / mensile: 48 ore/mensili
motivo interruzione o cause risoluzione Scadenza del contratto

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati ecc.)
Centro Diagnostico Pigafetta
Profilo/mansione/progetto
Responsabile degli ambulatori di Ginecologia
dal 2007 al 2023
con impegno orario settimanale: 12 ore
motivo interruzione o cause risoluzione Scadenza del contratto

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati ecc.)
Ospedale Generale di Zona di "Cristo Re" di Roma – via delle Calasanziane n.25
Profilo/mansione/progetto
Incarico medico specialista ostetricia/ginecologica
dal 13/11/1997 al 31/12/2001
con impegno orario settimanale: 38 ore
motivo interruzione o cause risoluzione: Vincitore concorso Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza

- **DI AVER EFFETTUATO ATTIVITÀ DI FREQUENZA VOLONTARIA**

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)..... di
.....(prov. ...) – via ..... , n. .....
dal ..... al .....(indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore .....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

- **SOGGIORNI DI STUDIO/ADDESTRAMENTO**

(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)

presso .....di
.....(prov. ...) – via ..... , n. .....
dal ..... al .....(indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al .....(indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore .....

(***duplicare il riquadro ad ogni variazione)***

- **AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE** (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...)

tipologia di incarico.....
dal .....al .....
presso .....
tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato anche con riguardo all'attività/casistica trattata nei precedenti incarichi, misurabile in termini di volume e complessità negli ultimi 5 anni .....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

- **DI AVER FREQUENTATO I SEGUENTI CORSI DI FORMAZIONE MANAGERIALE**

dal .....al .....
presso.....
contenuti del corso.....

dal .....al .....
presso.....
contenuti del corso.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

- **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 – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)
presso ..... nell'ambito del Corso di .....
insegnamento .....A.A. .....
ore docenza ..... (specificare se complessive o settimanali)
(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

- **di essere AUTORE dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa** (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 - .....
2 - .....
3 - .....
(duplicare le righe se insufficienti)

- **di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa** (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 - .....
2 - .....
3 - .....
(duplicare le righe se insufficienti)

ASL Frosinone
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone

t. +39 0775.8821
www.asl.fr.it
p.iva 01886690609

- **Di aver partecipato quale <u>UDITORE</u>** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	Ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di <u>RELATORE</u> ai seguenti corsi, convegni, congressi:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

- **ALTRE ATTIVITÀ**

2025 - Idoneità al concorso Direttore UOC Ginecologia e Ostetrica Dipartimento Ospedaliero – Istituto per la sicurezza sociale Repubblica di San Marino
2022 - Accreditato ed abilitato all'uso del sistema operativo robotico VERSUS c/o il centro IRCARD di Strasburgo
2006 - Accreditato come chirurgo ginecologo c/o Rome American Hospital (RAH)
1992 – Corso di Formazione in Ecografia Ostetrica e Ginecologica c/o il centro Artemisia di Roma
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

- **ALLEGATI**

Dichiarazione casistica operatoria dal 01/01/2021 al 31/12/2025
Dichiarazione sostitutiva interventi eseguiti con report allegati

Dichiara, altresì, di essere informato/a, 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 di riconoscimento equipollente (passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, porto d'armi, tessere di riconoscimento, purché muniti di fotografia e di timbro o altra segnatura equipollente rilasciate da amministrazione dello Stato) in corso di validità.

Roma, li 03/03/2026

Il dichiarante