

Curriculum vitae

AL DIRETTORE GENERALE
 Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5
 "Friuli Occidentale"
 Via della Vecchia Ceramica, 1
 33170 PORDENONE

Il sottoscritto	cognome MIANI.	Nome ENRICK..
-----------------	-------------------	------------------

Nato/a il 14-12-1970	A VENEZIA	Prov.....
----------------------	-----------	-----------

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della responsabilità penale e della decadenza dai benefici cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (D.P.R. 445/2000, artt. 75 e 76)

di essere in possesso della Laurea in	MEDICINA E CHIRURGIA
conseguita in data	17 MARZO 1997
presso l'Università degli Studi di	PADOVA
(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)	
riconoscimento a cura del..... in data.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici della Prov. Di VENEZIA	
Dal 19-1-1998	
numero d'iscrizione 5769	

Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:	
Disciplina	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Conseguita in data	6 NOVEMBRE 2003
Presso l'Università degli Studi di	UDINE
Durata anni	CINQUE
Ai sensi del	<input type="checkbox"/> D.Lgs 257/91 <input type="checkbox"/> D.Lgs 368/99 <input type="checkbox"/> Altro.....
disciplina	
Conseguita in data	
Presso l'Università degli Studi di	
Durata anni	
Ai sensi del	<input type="checkbox"/> D.Lgs 257/91 <input type="checkbox"/> D.Lgs 368/99 <input type="checkbox"/> Altro.....
disciplina	
Conseguita in data	

Presso l'Università degli Studi di	
Durata anni	
Ai sensi del	<input type="checkbox"/> D.Lgs 257/91 <input type="checkbox"/> D.Lgs 368/99 <input type="checkbox"/> Altro.....
(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)	
riconoscimento a cura del..... in data.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:	
profilo professionale	DIRIGENTE MEDICO DI 1° LIVELLO
Disciplina	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Presso(Azienda, Ente...)	AAS 3 ALTO FRIULI
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	PIAZZETTA PORTUZZA 1 GEMONA
Dal 13-2-2004 a 13-10-2004 a tempo determinato e dal 13-10-2014 a tutt'oggi a tempo indeterminato.....	con rapporto a tempo determinato e indeterminato e orario tempo pieno
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	
Dal..... Al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto(ore.....)
Dal..... Al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto(ore.....)
profilo professionale	
disciplina	
Presso(Azienda, Ente...)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal..... Al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto(ore.....)
Dal..... Al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto(ore.....)
Dal..... Al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto(ore.....)
profilo professionale	
disciplina	
Presso(Azienda, Ente...)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal..... Al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato

<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto(ore.....)
Dal..... Al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto(ore.....)
Dal..... Al.....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal.....al..... per.....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto(ore.....)

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale:	
nella branca di	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal..... Al.....	con impegno settimanale pari a ore.....
nella branca di	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal..... Al.....	con impegno settimanale pari a ore.....
nella branca di	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal..... Al.....	con impegno settimanale pari a ore.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., collaborazione libero professionale, prestazione occasionale):	
profilo/mansione/progetto	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal..... Al.....	con impegno settimanale pari a ore.....
profilo/mansione/progetto	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal..... Al.....	con impegno settimanale pari a ore.....
profilo/mansione/progetto	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal..... Al.....	con impegno settimanale pari a ore.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver effettuato attività di frequenza volontaria – riferita agli ultimi 5 anni:	
struttura/area...	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal.....	con impegno settimanale pari a ore.....
Al.....	
struttura/area...	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal.....	con impegno settimanale pari a ore.....
Al.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento - riferita agli ultimi 5 anni:	
struttura/area...	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal.....	con impegno settimanale pari a ore.....
Al.....	
struttura/area...	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal.....	con impegno settimanale pari a ore.....
Al.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarichi di alta professionalità, incarichi di struttura semplice o complessa...):	
tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	
Dal.....	
Al.....	
tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso(Azienda, Ente....)	
Indirizzo (sede Azienda,Ente...)	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:	
titolo del corso	Isritto al Master Ippocrate in Management Sanitario presso la SDA BOCCONI in MILANO con inizio Ottobre 2016
Contenuti del corso	
Presso(Azienda, Ente....)	
Dal.....	con impegno orario totale pari a ore.....

Al.....	
titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso(Azienda, Ente....)	
Dal.....	con impegno orario totale pari a ore.....
Al.....	
titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso(Azienda, Ente....)	
Dal.....	con impegno orario totale pari a ore.....
Al.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver svolto attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diplomi universitari, lauree o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario- esclusa attività di docente/relatore in corsi di aggiornamento/convegni/congressi) - riferita agli ultimi 5 anni:	
nell'ambito del corso di	
Presso la facoltà/scuola di formazione	
Presso l'Università/Ente	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive.....
nell'ambito del corso di	
Presso la facoltà/scuola di formazione	
Presso l'Università/Ente	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di essere autore dei seguenti lavori scientifici (editi a stampa- indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori) – riferiti agli ultimi 10 anni:	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori (editi a stampa- indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori) – riferiti agli ultimi 10 anni:	
- Anatomia patologica delle lesioni cartilaginee. Atti 135° S.E.R.T.O.T. 15-16 Maggio 2009	
- La nostra esperienza con la coppa TMT nelle coppe acetabolari. GIOT Agosto 2011; 37 (suppl. 1): 62-65.	
- Nuove prospettive della navigazione protesica dell'anca. Lo Scalpello luglio 2012; 26:58-61.	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<i>Di aver partecipato quale Uditore ai seguenti eventi formativi/corsi/convegni/congressi - riferiti agli ultimi 5 anni:</i>					
<i>ente organizzatore</i>	<i>Titolo del corso</i>	<i>periodo</i>	<i>ore</i>	<i>Luogo di svolgimento</i>	<i>Crediti ECM</i>
	Le fratture periprotetiche del femore e dell'anca	6 MAGGIO 2016		UDINE	
	Corso teorico pratico (CAD LAB) di ricostruzione del Legamento Crociato Anteriore	30/3-1/4 2016		SASSUOLO	
	International combined meeting (British Hip Society-Società Italiana dell'Anca)	26-27 NOVEMBRE 2015		MILANO	
	Corso BLSD retraining	20 NOVEMBRE 2015		TOLMEZZO	
	Cadaver LAB: chirurgia della spalla	29-30 MAGGIO 2015		AREZZO	
	La patologia traumatica del polso	13 MARZO 2015		UDINE	
	AO trauma advanced course with practical exercises on human specimens	8-12 OTTOBRE 2014		GRAZ (AUT)	
	Instructional Course: knee revision Zimmer	20-21 GENNAIO 2014		FIRENZE	
	Expert Forum: casi e controversie in traumatologia	10-11 OTTOBRE 2014		MILANO	
	Controllo del dolore in ambito Ortopedico	19 APRILE 2013		UDINE	
	Trigen Intertan Course	8-9 NOVEMBRE 2012		AMBURGO (GER)	
	Instructional Course Knee Revision (Zimmer)	16-17 OTTOBRE 2012		FIRENZE	
	Masterclass- Meet the expert; primi impianti difficili e revisioni di protesi di ginocchio (Zimmer)	15 SETTEMBRE 2012		BOLOGNA	
	La protesi di spalla	28 SETTEMBRE 2012		UDINE	

	Incontri ortopedici udinesi:Le revisioni di PTG con apparato estensore insufficiente	10 GIUGNO 2016		UDINE	4
	Ginocchio e sport; Le lesioni meniscali: diagnosi e trattamento	FEBBRAIO 2016		TOLMEZZO	
	Incontri ortopedici udinesi: la trasposizione della tuberosità tibiale	SETTEMBRE 2015		UDINE	
	Infezioni protesiche: prevenzione, diagnosi e trattamento alla luce delle raccomandazioni del International Consensus Meeting di Philadelphia	12 Maggio 2015		TOLMEZZO	6
	Aggiornamenti in ambito ortopedico-traumatologico	21/3-28/11/2014		TOLMEZZO	15
	Expert-forum: casi e controversie in traumatologia	10-11 OTTOBRE 2013		MILANO	
	Controllo del dolore ortopedico			UDINE	7.3
	Formazione ai MMG: la protesi di anca e di ginocchio	APRILE 2013		TOLMEZZO	6
	Il percorso riabilitativo in ortopedia: intervento di protesi di spalla	30 OTTOBRE 2012			
		25 OTTOBRE 2011		TOLMEZZO	14

(duplicare righe in caso di necessità)

