

MODELLO A

Al Dipartimento di Scienze chirurgiche
Viale del Policlinico, 155, 00161 - Roma

.....I.....sottoscritta CRISTIANA LUPINI .natA a ROMA (prov.dRM) il8.1.1976 e residente in ROMA . (prov.di.....)
cap...00154. Via COSTANTINO BELTRAMI 2

CHIEDE

di essere ammess.... a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo per lo svolgimento dell'attività di "**Docenza in Medicina di emergenza sul territorio**" prot. n. 678/2020 del 27.1.21

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che:

- 1) è in possesso di cittadinanzaITALIANA
- 2) non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali in corso (a);
- 3) è in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA onseguito in data 24.3.2004. presso l'Università di ROMA SAPIENZA con il voto di...110/110 e lode (oppure del titolo di studio straniero di.....conseguito il presso.....e riconosciuto equipollente alla laurea italiana in.....dall'Università di.....in data.....);
- 4) (dichiarazione eventuale) è in possesso del diploma di dottore di ricerca in...SCIENZE ENDOCRINOLOGICHE METABOLICHE E ANDROLOGICHE conseguito in data...10/2013 presso l'Università di...ROAM SAPIENZA sede amministrativa del dottorato;
- 5) non ha un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze chirurgiche, ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- 6) elegge il proprio domicilio in...IA COSTANTINO BELTRAMI 2 00154 ROMA (città, via, n. e cap.) tel...3393966105 e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Allega alla domanda i seguenti titoli valutabili:

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea;
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca;
- 3) dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà di tutti i titoli scientifici che ritiene valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa;
- 4) *curriculum vitae* redatto in conformità al vigente modello europeo - D.lgs. 33/2013 (artt. 10, 14, 15, 15bis, 27), datato e firmato.

Allega, inoltre, alla domanda la fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data...ROMA 28.1.21 Firma



a) In caso contrario indicare le condanne riportate, la data di sentenza dell'autorità giudiziaria che l'ha emessa, da indicare anche se è stata concessa amnistia, perdono giudiziale, condono, indulto, non menzione ecc., e anche se nulla risulta sul casellario giudiziale. I procedimenti penali devono essere indicati qualsiasi sia la natura degli stessi.

b) Apporre la propria firma in calce alla domanda; la stessa non dovrà essere autenticata da alcun pubblico ufficiale.

ALLEGATO E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 — D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/Lasottoscritto/a.. CRISTIANA LUPINI
nato/a a...ROMA.....(.....) il8.0.1976. codice fiscale LPNCST76A48H501J attualmente residente a
..... via COSTANTINO BELTRAMI 2., c.a.p. 00154, telefono .3393966105 ai sensi dell'art.
47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le
ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e della decadenza immediata dalla eventuale attribuzione
dell'incarico di collaborazione esterna

DICHIARA

che i documenti, l'elenco dei titoli e l'elenco delle pubblicazioni di seguito indicati e allegati alla presente dichiarazione
sono conformi all'originale: ..

CERTIFICATO DI LAUREA

CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE

CERTIFICATO DI DOTTORATO

CV

Dichiara inoltre di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 1, del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.
196, i dati personali saranno trattati, con strumenti cartacei e/o con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito
del procedimento per il quale la seguente dichiarazione viene resa.

ROMA 28.1.21

Il/La Dichiarante (1)..

(si allega fotocopia non autenticata del documento di identità)



ALLEGATO D

OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritt_ _____
nat_ il _____, a _____ (prov. _____) in qualità
di _____ per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

o di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

o di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Io sottoscritt_ unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

_____, n. _____,
rilasciato da _____ il _____

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dipartimento di Scienze chirurgiche ai sensi dell'art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse del Dipartimento.

Roma, _____

FIRMA

ALLEGATO D1

OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritt__, _____
in qualità di _____ per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

o di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

o di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dipartimento di Scienze chirurgiche ai sensi dell'art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse del Dipartimento.

Roma, _____

MODELLO A

Al Dipartimento di Scienze chirurgiche
Viale del Policlinico, 155, 00161 - Roma

.....I.....sottoscritta CRISTIANA LUPINI .natA a ROMA (prov.dRM) il8.1.1976 e residente in ROMA . (prov.di.....)
cap...00154. Via COSTANTINO BELTRAMI 2

CHIEDE

di essere ammess.... a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo per lo svolgimento dell'attività di "**Docenza in Medicina di emergenza sul territorio**" prot. n. 678/2020 del 27.1.21

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che:

- 1) è in possesso di cittadinanzaITALIANA
- 2) non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali in corso (a);
- 3) è in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA onseguito in data 24.3.2004. presso l'Università di ROMA SAPIENZA con il voto di...110/110 e lode (oppure del titolo di studio straniero di.....conseguito il presso.....e riconosciuto equipollente alla laurea italiana in.....dall'Università di.....in data.....);
- 4) (dichiarazione eventuale) è in possesso del diploma di dottore di ricerca in...SCIENZE ENDOCRINOLOGICHE METABOLICHE E ANDROLOGICHE conseguito in data...10/2013 presso l'Università di...ROAM SAPIENZA sede amministrativa del dottorato;
- 5) non ha un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze chirurgiche, ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- 6) elegge il proprio domicilio in...IA COSTANTINO BELTRAMI 2 00154 ROMA (città, via, n. e cap.) tel...3393966105 e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Allega alla domanda i seguenti titoli valutabili:

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea;
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca;
- 3) dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà di tutti i titoli scientifici che ritiene valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa;
- 4) *curriculum vitae* redatto in conformità al vigente modello europeo - D.lgs. 33/2013 (artt. 10, 14, 15, 15bis, 27), datato e firmato.

Allega, inoltre, alla domanda la fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data...ROMA 28.1.21 Firma



a) In caso contrario indicare le condanne riportate, la data di sentenza dell'autorità giudiziaria che l'ha emessa, da indicare anche se è stata concessa amnistia, perdono giudiziale, condono, indulto, non menzione ecc., e anche se nulla risulta sul casellario giudiziale. I procedimenti penali devono essere indicati qualsiasi sia la natura degli stessi.

b) Apporre la propria firma in calce alla domanda; la stessa non dovrà essere autenticata da alcun pubblico ufficiale.

ALLEGATO E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 — D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/Lasottoscritto/a.. CRISTIANA LUPINI
nato/a a...ROMA.....(.....) il8.0.1976. codice fiscale LPNCST76A48H501J attualmente residente a
..... via COSTANTINO BELTRAMI 2., c.a.p. 00154, telefono .3393966105 ai sensi dell'art.
47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le
ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e della decadenza immediata dalla eventuale attribuzione
dell'incarico di collaborazione esterna

DICHIARA

che i documenti, l'elenco dei titoli e l'elenco delle pubblicazioni di seguito indicati e allegati alla presente dichiarazione
sono conformi all'originale: ..

CERTIFICATO DI LAUREA

CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE

CERTIFICATO DI DOTTORATO

CV

Dichiara inoltre di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 1, del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.
196, i dati personali saranno trattati, con strumenti cartacei e/o con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito
del procedimento per il quale la seguente dichiarazione viene resa.

ROMA 28.1.21

Il/La Dichiarante (1)..

(si allega fotocopia non autenticata del documento di identità)



ALLEGATO D

OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritt_ _____
nat_ il _____, a _____ (prov. _____) in qualità
di _____ per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

o di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

o di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Io sottoscritt_ unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

_____, n. _____,
rilasciato da _____ il _____

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dipartimento di Scienze chirurgiche ai sensi dell'art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse del Dipartimento.

Roma, _____

FIRMA

ALLEGATO D1

OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritt__, _____
in qualità di _____ per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

o di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

o di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dipartimento di Scienze chirurgiche ai sensi dell'art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse del Dipartimento.

Roma, _____

MODELLO A

Al Dipartimento di Scienze chirurgiche
Viale del Policlinico, 155, 00161 - Roma

.....I.....sottoscritta CRISTIANA LUPINI .natA a ROMA (prov.dRM) il8.1.1976 e residente in ROMA . (prov.di.....)
cap...00154. Via COSTANTINO BELTRAMI 2

CHIEDE

di essere ammess.... a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo per lo svolgimento dell'attività di "**Docenza in Medicina di emergenza sul territorio**" prot. n. 678/2020 del 27.1.21

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che:

- 1) è in possesso di cittadinanzaITALIANA
- 2) non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali in corso (a);
- 3) è in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA onseguito in data 24.3.2004. presso l'Università di ROMA SAPIENZA con il voto di...110/110 e lode (oppure del titolo di studio straniero di.....conseguito il presso.....e riconosciuto equipollente alla laurea italiana in.....dall'Università di.....in data.....);
- 4) (dichiarazione eventuale) è in possesso del diploma di dottore di ricerca in...SCIENZE ENDOCRINOLOGICHE METABOLICHE E ANDROLOGICHE conseguito in data...10/2013 presso l'Università di...ROAM SAPIENZA sede amministrativa del dottorato;
- 5) non ha un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze chirurgiche, ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- 6) elegge il proprio domicilio in...IA COSTANTINO BELTRAMI 2 00154 ROMA (città, via, n. e cap.) tel...3393966105 e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Allega alla domanda i seguenti titoli valutabili:

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea;
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca;
- 3) dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà di tutti i titoli scientifici che ritiene valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa;
- 4) *curriculum vitae* redatto in conformità al vigente modello europeo - D.lgs. 33/2013 (artt. 10, 14, 15, 15bis, 27), datato e firmato.

Allega, inoltre, alla domanda la fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data...ROMA 28.1.21 Firma



a) In caso contrario indicare le condanne riportate, la data di sentenza dell'autorità giudiziaria che l'ha emessa, da indicare anche se è stata concessa amnistia, perdono giudiziale, condono, indulto, non menzione ecc., e anche se nulla risulta sul casellario giudiziale. I procedimenti penali devono essere indicati qualsiasi sia la natura degli stessi.

b) Apporre la propria firma in calce alla domanda; la stessa non dovrà essere autenticata da alcun pubblico ufficiale.

ALLEGATO E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 — D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/Lasottoscritto/a.. CRISTIANA LUPINI
nato/a a...ROMA.....(.....) il8.0.1976. codice fiscale LPNCST76A48H501J attualmente residente a
..... via COSTANTINO BELTRAMI 2., c.a.p. 00154, telefono .3393966105 ai sensi dell'art.
47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le
ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e della decadenza immediata dalla eventuale attribuzione
dell'incarico di collaborazione esterna

DICHIARA

che i documenti, l'elenco dei titoli e l'elenco delle pubblicazioni di seguito indicati e allegati alla presente dichiarazione
sono conformi all'originale: ..

CERTIFICATO DI LAUREA

CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE

CERTIFICATO DI DOTTORATO

CV

Dichiara inoltre di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 1, del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.
196, i dati personali saranno trattati, con strumenti cartacei e/o con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito
del procedimento per il quale la seguente dichiarazione viene resa.

ROMA 28.1.21

Il/La Dichiarante (1)..

(si allega fotocopia non autenticata del documento di identità)



ALLEGATO D

OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritt_ CRISTIANA LUPINI
nat_ il 8.01.1976 A ROMA a _____ (prov. _____) in qualità di _____ per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

o di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

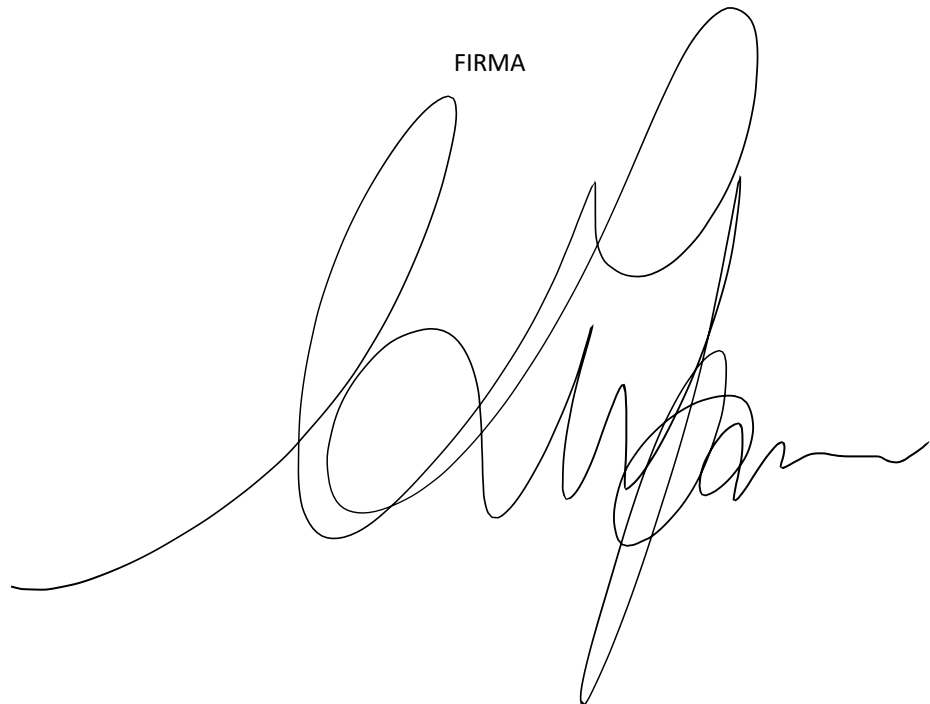
o di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

DIRIGENTE MEDICO PRESSO ARES 118 AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il Dipartimento di Scienze chirurgiche ai sensi dell'art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse del Dipartimento.

Roma, 28.2.21

FIRMA



5

Pagina riservata all'autorità / СТРАНИЦА ЗА ОРГАНИТЕ НА ВЛАСТТА / Úřední záznamy / Forbeholdt de pasudstedende myndigheder / Amtliche Vermerke / Ametialasteks märkusteks / Προορίζεται για τις αρχές που είναι αρμόδιες για την έκδοση του διαβατηρίου / Page reserved for issuing authorities / Página reservada a las autoridades competentes para expedir el pasaporte / Page réservée aux autorités compétentes pour délivrer le passeport / Tagairti / Stranica za službene bilješke / Št lappuse ir paredzēta izdevējiestādei / Pustapis, skirtas pasą išdavusiai įstaigai / A hatóságok számára fenntartott oldal / Pagina riservata għall-awtoritajiet / Opmerkingen van bevoegde instanties / Strona przeznaczona dla władz / Página reservada às entidades competentes para emitir o passaporte / Pagina rezervata autoritatii / Úradné záznamy / Stran rezervirana za pristojni organ / Viranomaisia varten / Myndighets noteringar

QUESTURA DI ROMA

- Il presente passaporto e' valido per tutti i Paesi i cui Governi sono riconosciuti dal Governo Italiano.
- This passport is valid for all Countries whose Governments are recognized by the Italian Government.
- Ce passeport est valable pour tous les Pays dont les Gouvernements sont reconnus par le Gouvernement Italien.

4

Contributo Amministrativo Pagato

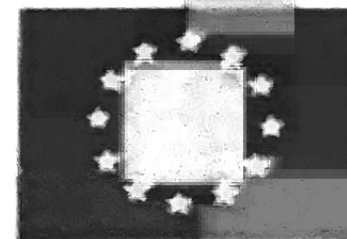


OT 2015

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI



REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



*Codice
Fiscale*

LPNCST76A48H501J

Sesso **F**

Cognome

LUPINI

Nome

CRISTIANA

*Luogo
di nascita*

ROMA

Provincia

RM

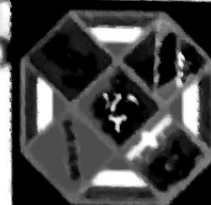
*Data
di nascita*

08/01/1976

*Data di
scadenza*

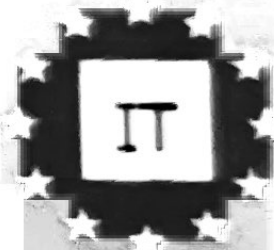
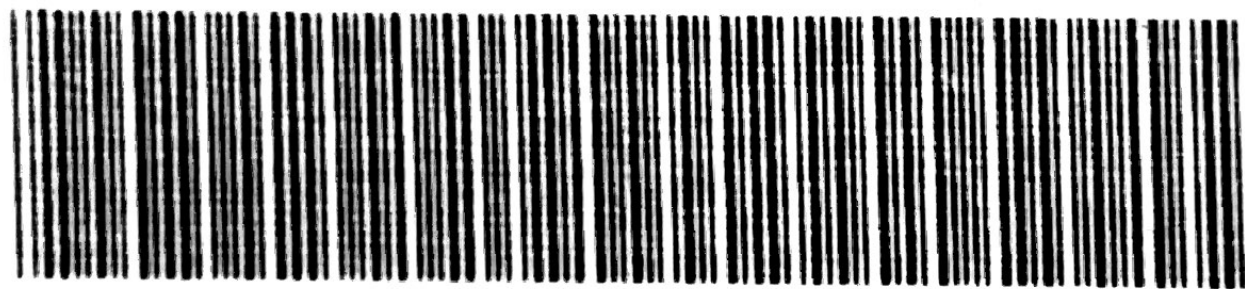
27/06/2024

Dati sanitari regionali



**REGIONE
LAZIO**

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome

LUPINI

4 Nome

CRISTIANA

5 Data di nascita

08/01/1976

6 Numero di identificazione personale

LPNCST76A48H501J

7 Numero di identificazione dell'istituzione

SSN-MIN SALUTE - 500001

8 Numero di identificazione della tessera

80380001200177383423

9 Scadenza

27/06/2024

INFORMAZIONI PERSONALI

CRISTIANA LUPINI

VIA COSTANTINO BELTRAMI, 2 – 00154 ROMA, ITALIA

Tel: +39 3393966105

Email: cristiana.lupini@gmail.com

Il mio lavoro, nell'ambito dell'emergenza sanitaria, mi consente e mi obbliga ad aggiornarmi costantemente sui nuovi protocolli; facendo di me, ipso facto, una discente in continua formazione. Questo mi ha permesso, nel mio ruolo di docente e facilitatore/formatore, di riflettere sulla necessità di sviluppare un approccio meno frontale e rigido con i colleghi/discenti per rendere l'esperienza formativa dinamica e piacevole. Cerco costantemente una trasmissione di conoscenza ed esperienza più informale che consenta ai colleghi/discenti di apprezzare, spero profondamente, la bellezza dell'evoluzione continua della medicina d'emergenza. Questo approccio mi consente anche di diffondere la cultura dell'emergenza nell'ambito non sanitario nei corsi rivolti alla popolazione.

ESPERIENZE LAVORATIVE

- | | |
|-----------------------|--|
| Novembre 2015 ad oggi | Dirigente Medico presso Azienda Sanitaria Regionale Emergenza Sanitaria ARES 118 Regione Lazio - U.O.C.- SUES Roma Città Metropolitana
Automedica RM SUD - Dirigente Medico di Centrale Operativa ROMA U.O.C SUES Roma Città Metropolitana.
Medico di Medicina di Emergenza Urgenza
Medico di Centrale Operativa ARES 118 |
| Febbraio 2020 ad oggi | Docenza presso Master di II livello in Medicina d'Emergenza Dipartimento di scienze Chirurgiche Facoltà di Medicina e Odontoiatria Università di Roma "Sapienza"
Dir. Prof.ssa Stefania Basili Dip. Di Medicina Traslazionale e di precisione |

- Novembre 2018 ad oggi Facilitatore/Formatore avanzato presso
U.O.D. Formazione e Ricerca Azienda
Regionale Emergenza Sanitaria - ARES 118
- Ottobre 2018 ad oggi Docenza presso
Master di I livello in Trattamento Preospedaliero
e Intraospedaliero del Politrauma
Direttore: Prof. Andrea Mingoli Dir. UO Chirurgia
del Politrauma Dip. Di Emergenza e
Accettazione Dip di Chirurgia P. Valdoni
Università di Roma "Sapienza"
- Febb. 2011-Genn. 2014 Dirigente Medico presso DEA Dipartimento di
Emergenza e Accettazione - Pronto Soccorso
DAI emergenza e accettazione, Anestesia e
Aree critiche – Policlinico Umberto I – Roma.
Dirigente Medico per i Dipartimento di Attività
Integrata Emergenza e Accettazione e Area
Critica per la gestione del paziente di Pronto
Soccorso
- 2010 – 2011 Dirigente Medico presso Società Heart Life srl
Automedica di Emergenza Territoriale con
disposizione presso Comune di Ladispoli e
Roma Policlinico/George Eastman e Dirigente
Medico per servizio di Emergenza Territoriale
Privata per Senato della Repubblica e Cortei dei
Conti.
- 2004 – 2006 Medico di Guardia presso "Salvator Mundi
International Hospital " - Roma
Medico di guardia per i reparti di degenza clinica
e chirurgica (fatta eccezione per quelli ostetrico-
ginecologici);
Medico di Guardia per l'Ambulatorio di Primo
Soccorso per il personale di Ambasciata
- 2004 – 2005 Medico di Guardia Ambulatorio di Pronto
Soccorso – Misericordia di Santa Marinella –
Responsabile del Primo Soccorso in caso di
urgenze a carattere lieve e moderato Emergenza
territoriale (Comuni di Santa Marinella e Santa
Severa

FORMAZIONE UNIVERSITARIA E RICERCA

- Luglio 2020 – Ottobre 2020 CORSO DI ALTA FORMAZIONE E-FAST
CRASH in Ecografia nelle Emergenze Medico
Chirurgiche e Trauma –
DAI emergenza e accettazione, Anestesia e
Aree critiche -
UOD CHIRURGIA DEL POLITRAUMA
Università Di Roma “Sapienza” Resp: Prof. A.
Mingoli
- Febbraio 2020 EuSIM - COURSE DIRECTOR COURSE on
Simulation training - Crisis Resource
Management into a goal oriented use of simulation
for Medical Emergency.
TREE Center (Teaching and Research for
Education in Emergency medicine and Anesthesia)
–
Directors
Dr.Chris Sadler BartsHealth NHS Trust, UK
Dr Sigrun Qvinsdesland SAFER Norway
Dr. Kai Kranz SIRMED – Switzerland
- Mag 2019 – Dic.2019 QRCE: Quick Response Critical Enviroment EMT -
MEDICAL TRAINING COURSE Casualty Care
Team –
- Maggio 2019 Formatore Stop The Bleeding - ACS-COT
(American College of Surgeon Committee on
Trauma - Hartford Consensus per
l'insegnamento alla popolazione delle tecniche
per la gestione di una emorragia massiva e di
primo soccorso.
- Dicembre 2018 SIMULATION MASTER CLASS
LEVEL 2
Progettazione e realizzazione di sessioni didattiche
in macro simulazione ad alta fedeltà per facilitatori in
macro simulazione.

TREE Center – (Teaching and Research for Education in Emergency Medicine and Anesthesia)
CEMEC (European Centre for Disaster Medicine)
Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

Gen - Maggio 2018

PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AL TRAUMA GRAVE Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I – Università di Roma “Sapienza” – RS: Prof. S. Ribaldi

Gennaio 2018

12 SIMULATION CREDITS on Simulation Credit System –
Scuola di specializzazione in Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del dolore – Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma - TREE Center – (Teaching and Research for Education in Emergency Medicine and Anesthesia)

Dicembre 2017

SIMULATION MASTER CLASS
LEVEL 1
Corso base per istruttori/facilitatori in macro simulazione avanzata.
Tree Center – (Teaching and Research for Education in Emergency Medicine and Anesthesia)
CEMEC (European Centre for Disaster Medicine)
Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

Luglio 2017

CADAVER LAB AND EMERGENCY PROCEDURES – ICLO Teaching and Research Center - Arezzo

Aprile 2017

ADVANCED EMERGENCY AIRWAYS PROCEDURES COURSE SALAD TECHNIQUE.
Centro di Alta Formazione Sanitaria. Roma

Marzo 2017

TRATTAMENTO DELLE USTIONI: DALLA GESTIONE TERRITORIALE A QUELLA OSPEDALIERA Linee guida, protocolli e procedure.
Commissione Nazionale Formazione Continua
Evento: 267-186515
Roma

22-Oct-20

- Febbraio 2017 ATLS (Advanced Trauma Life Support) Course for Doctors – ACS-COT (American College of Surgeon Committee on Trauma) evaluation, treatment, education, and quality assurance for the management of the injured patients.
- Febbraio 2017 PALS (Pediatric Advanced Life Support) course for provider – AHA – American Heart Association – EMC2 Training Center Roma
- Febbraio 2017 ALS (Advanced Life Support) course for Provider - ERC European Resuscitation Council – IRC Italian Resuscitation Council
UO Formazione ARES118 - Roma
- Gennaio 2017 BLS (Basic Life Support) INSTRUCTOR Course AHA (American Heart Association) Program – EMC2 Training Center
- Dic 2015,
Dic 2017,
Gen 2019 GTT (Gestione del traumatizzato nel Territorio) Corso per Esecutore – Centro Formazione ARES 118 Roma
- Settembre 2016 Corso sulla Gestione Degli Interventi di Soccorso in scenari di Macroemergenza – Ministero della Salute
SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza)
Policlinico Tor Vergata – Università degli Studi “Tor Vergata” – Roma
- Maggio 2016 CORSO TEORICO PRATICO EZ-IO– Sistema di infusione Intraossea ICLO Teaching and Research Center Teleflex Medical SRL - Arezzo
- Marzo 2016 CORSO DI FORMAZIONE IN DIFESA CIVILE- Gruppo Tecnico Prefettura Di Roma
VICE PREFETTO Dott. ANTONIO TEDESCHI

- Maggio 2015 BLS-D PROVIDER IARR International Academy of Rescue and Resuscitation N.15.11450
Az.Sanitaria San Camillo Forlanini
Dir: Dott. S Petrolati
- Dicembre 2014 CORSO ESECUTORE ALS (Advanced Life Support) IRC (International Resuscitation Council Program) N024739 Gruppo Formazione Emergenza Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini Dir. Dott. S. Petrolati
- Ottobre 2010 – 2013 DOTTORE DI RICERCA CUM LAUDE IN SCIENZE ENDOCRINOLOGICHE, METABOLICHE E ANDROLOGICHE
Coordinatore: Prof. Andrea Lenzi - XXVI ciclo, AA 2010 – 2011
Università di Roma “Sapienza”
Dipartimento di Medicina Sperimentale
Azienda Policlinico Universitaria Umberto I
Roma
U.O.C.- ANDROLOGIA, FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE E DIAGNOSI ENDOCRINOLOGICHE –
Dir. Prof. Andrea Lenzi
U.O.C.- ENDOCRINOLOGIA E ANDROLOGIA Dir. Prof. Franco Dondero
U.O.D. – BANCA DEL SEME – Resp. Prof.ssa Loredana Gandini

Da: Anno Accademico 2005/2006

A: Anno Accademico 2009/2010 :

SPECIALIZZAZIONE CUM LAUDE IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO

Università di Roma “Sapienza”

Dipartimento di Medicina Sperimentale

Azienda Policlinico Universitaria Umberto I

Roma

U.O.C.- ANDROLOGIA, FISIOPATOLOGIA
DELLA RIPRODUZIONE E DIAGNOSI
ENDOCRINOLOGICHE –

Dir. Prof. Andrea Lenzi

U.O.C.- ENDOCRINOLOGIA E

ANDROLOGIA Dir. Prof. Franco Dondero

U.O.D. – BANCA DEL SEME – Resp. Prof.ssa
Loredana Gandini

Anno 2004

ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI
MEDICINA E CHIRURGIA

Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi
ed Odontoiatri

Conseguimento dell'abilitazione votazione
267.5/270

N° iscr. Albo 53666M

Da: Anno accademico 1995/1996

A: Anno accademico 2003/2004

LAUREA MAGISTRALE SPECIALISTICA CUM
LAUDE IN MEDICINA E CHIRURGIA

Università di Roma "Sapienza",
I Facoltà di Medicina e Chirurgia

Madrelingua: Italiano

Altre lingue: Inglese fluente parlato e scritto
Spagnolo fluente parlato e scritto
Francese buona comprensione

ULTERIORI
INFORMAZIONI:

- Relatore attività di prevenzione sanitaria nelle scuole medie superiori di tutto il territorio della Regione Lazio: Campagna a carattere Nazionale realizzata in collaborazione con l'Università di Roma "Sapienza", il Dipartimento di Fisiopatologia Medica e la Società Italiana di Andrologia e Medicina della sessualità (SIAMS) nell'ambito del Programma di prevenzione del Centro Controllo e Prevenzione Malattie del Ministero della Salute (CCM) e MIUR
- LOME – Local Officer for Research Exchange – SISM (Segretariato Italiano Studenti Di Medicina) – anno accademico 2001/2002 – 2002/2003 - 2003/2004

Autorizzo al trattamento dei dati personali in conformità alla Legge sulla privacy n. 675/96 e ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali".





SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



DOTTORATO DI RICERCA

Certificato di esame finale

Dall'archivio informatico del nostro Ateneo, alla data odierna, risulta quanto segue:

La Dott.ssa **CRISTIANA LUPINI**
Nata a: ROMA (RM), ITALIA, il 08/01/1976
Matricola: 935681
Codice fiscale: LPNCST76A48H501J

ammesso a frequentare il Dottorato di Ricerca in SCIENZE ENDOCRINOLOGICHE, METABOLICHE ED ANDROLOGICHE (26° ciclo) di durata triennale con sede amministrativa presso questa Università, ha sostenuto con esito positivo l'esame per il conseguimento del titolo di Dottore di Ricerca il giorno 16/12/2013 con la commissione giudicatrice nazionale formata dai Professori:

- FABIO NARO
- JANNINI EMMANUELE ANGELO FRANCESCO
- PONTECORVI ALFREDO

presentando una dissertazione finale dal titolo:
"Valutazione dei dati antropometrici di pazienti affetti da tumore testicolare e loro relazione con l'insorgenza della neoplasia"

Giudizio: None

Il presente certificato, composto da pagine 1:

- a. contiene informazioni desunte dall'archivio elettronico dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- b. è valido solo con marca da bollo per gli usi consentiti dalla legge.

MARCA DA BOLLO

€ 16,00

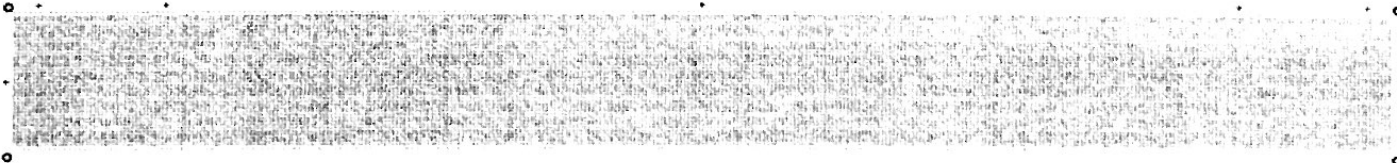
Il Direttore dell'Area offerta formativa e diritto allo studio

Dott.ssa **Giulietta Capacchione**

Firma autografa omissa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993.

Ai sensi delle modifiche introdotte dalla Legge 183/2011 al D.P.R. 445/2000 si precisa che il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.

Timbro Digitale Università degli Studi di Roma "La Sapienza"



Per la verifica del timbro digitale utilizzare il software Decoder2DPlus disponibile su:
<http://www.unroma1.it/didattica/regolamenti/timbro-digitale>



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

---Matricola: 935681(03082181)-----Certificato il: 26/07/2017 16:00---

CERTIFICATO DI LAUREA

Dall'archivio informatico di questo Ateneo, alla data odierna, risulta quanto segue:

La Dott.ssa LUPINI CRISTIANA

Matricola n. 935681(03082181) nata a: ROMA (RM) il: 08/01/1976

codice fiscale: LPNCBT76A48H501J

nazione di nascita ITALIA

ha conseguito, in questa Università, in data 24/03/2004

la laurea e il titolo di dottore magistrale in MEDICINA E CHIRURGIA U.E. [LSCU (DM

509/99) - ORDIN. 2002] - SEDE DI ROMA-46/8

con voti 110 e lode/110

Il percorso formativo riconosciuto è pari a 360 CFU (di cui 60 di attività

professionalizzante) ed ad una frequenza di 5500 ore (DCF 18/4/01 e 13/6/02)

Il relativo diploma è stato CONSEGNATO in data 24/01/2007

Il presente certificato, composto da 01 pagina:

a. contiene informazioni desunte da archivio elettronico dell'Università 'La Sapienza' di Roma

b. si rilascia su richiesta dell'interessata e per gli usi consentiti dalla legge

c. può essere utilizzato esclusivamente in originale.

Roma, 26/07/2017 16:00

---Matricola: 935681(03082181)-----Certificato il: 26/07/2017 16:00---

Studente LUPINI CRISTIANA

Il responsabile della segreteria o suo delegato

[Handwritten signature]



Al sensi delle modifiche introdotte dalla Legge 183/2011 al D.P.R. 445/2000 si precisa che il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



CERTIFICATO DI DIPLOMA

Matricola: 935681 Certificato rilasciato il 29/07/2017 15:32:02

Dall'archivio informatico di questo Ateneo, alla data odierna, risulta quanto segue:

La Dott.ssa **CRISTIANA LUPINI**
Nata a: ROMA (RM), ITALIA, il 08/01/1976
Matricola: 935681
Codice fiscale: LPNCST76A48H501J

ha conseguito, in questa Università, in data 15/11/2010
il diploma della scuola di specializzazione e il titolo di specialista in **ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE
DEL RICAMBIO - I SCUOLA**
con votazione 70 e lode/70

La durata legale del corso è di 5 anni accademici

Il relativo diploma è stato **STAMPATO**

Il presente certificato, composto da pagine 1:

- contiene informazioni desunte dall'archivio elettronico dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- è valido solo con marca da bollo per gli usi consentiti dalla legge.

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

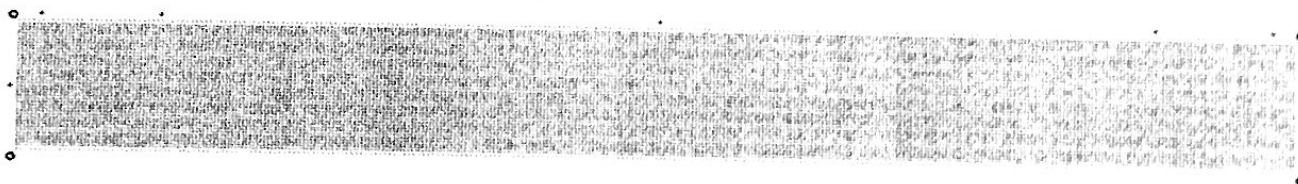
Il Direttore dell'Area offerta formativa e diritto allo studio

Dott.ssa **Giulietta Capacchione**

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993.

Ai sensi delle modifiche introdotte dalla Legge 183/2011 al D.P.R. 445/2000 si precisa che il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.

Timbro Digitale Università degli Studi di Roma "La Sapienza"



Per la verifica del timbro digitale utilizzare il software Decoder2DPlus disponibile su
<http://www.uniroma1.it/didattica/regolamenti/timbro-digitale>