

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il sottoscritto	La Palombara	Cesare
-----------------	--------------	--------

nato il		prov.
---------	--	-------

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 Teramo può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

<p>di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data 16.06.2004 presso l'Università degli Studi di Bologna.</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura delin data</p> <p><i>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</i></p>
<p>di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Direttore Medico della Provincia di Chieti dal 26.04.2005 n° di iscrizione 4413</p>
<p>di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</p> <p>1) Disciplina: Radiodiagnostica conseguita in data 5.11.2008 presso l'Università degli Studi di Bologna</p> <p>2) Disciplina:..... conseguita in data.....presso l'Università di.....</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura del, in data</p>

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:

profilo professionale Dirigente Medico nella disciplina di Radiodiagnostica
dal 3.08.2009 al 15.02.2015

con rapporto • indeterminato

• a tempo pieno

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) ASLdi Bologna – via Castiglione n.29

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN

nella branca di

dal al(indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

dal al

con impegno settimanale pari a ore

dal al

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)di

.....(prov. ...) – via, n.

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)di

.....(prov. ...) – via, n.

profilo/mansione/progetto

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o cause risoluzione

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver effettuato attività di frequenza volontaria

presso: policlinico sant'Orsola malpighi di Bologna(prov.Bo) – via massarenti , n.9.

dal 1.07.2003 al 12.10.2004

con impegno settimanale pari a ore 30

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

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: Alta professionalità denominato "neuroradiologia interventistica"

dal 1.11.2020 a tutt'oggi

presso ASL di Pescara

descrizione attività svolta: Empowerment con i pazienti, protocolli d'intesa con i colleghi della neurochirurgia e della neurologia, validazione del registro nazionale ICTUS

.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dalal
presso.....
contenuti del corso.....

dalal
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 Università degli Studi di Bologna nell'ambito del Corso di laurea.....
nella qualità di Tutor per gli studenti a.a. dal 2004 al 2008
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 – editi a stampa (indicare:titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1- Titolo del lavoro: Stent graft repair of descending aortic dissection in patients with Marfan Syndrome: an effective alternative to open reoperation?

Autori: Botta L, Russo V, La Palombara C, Rosati M, Di Bartolomeo R, Fattori R.

Riferimento bibliografici: J Cardiovasc surg. 2009 Nov; 138(5):1108-14.

2- Titolo del lavoro: Subclavian embolization associated to carotid-subclavian bypass and stentgraft repair of acute type-B dissection.

Autori: Botta L, La Palombara C, Rosati M, Di Bartolomeo R, Fattori R.

Riferimento bibliografici: Cardiovasc surg. 2009 Jun;57(4):240-2.

3- Titolo del lavoro: Cardiovascular images.Bland-White-Garland syndrome discovered in an elderly man.

Autori: Russo V, Musuraca AC, La Palombara C, Di Pasquale G, Fattori R.

Riferimento bibliografici: Circ Cardiovasc Imaging. 2009 May;2(3):276.

4- Titolo del lavoro: Endovascular treatment for acute traumatic transection of the descending aorta: Focus on operative timing and left subclavian artery management . The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.

Autori: L. Botta, V. Russo, C. Savini, K. Buttazzi, D. Pacini, L. Lovato, C. La Palombara, M. Parlapiano, R. Di Bartolomeo, R. Fattori.

Riferimento bibliografici: The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. J Thorac Cardiovasc surg. 2008 Dec;

5- Titolo del lavoro: Role and effectiveness of cardiovascular magnetic resonance in the diagnosis, preoperative evaluation and follow-up of patients with congenital heart diseases.

Autori: L. Lovato, A. Giardini, C. La Palombara, V. Russo, V. Gostoli, G. Gargiulo, F.M. Picchio, R. Fattori.

Riferimento bibliografici: Radiol Med (Torino). 2007

6- Titolo del lavoro: Interventional techniques in tie treatment of aortic dissection.

Autori: Sbarzaglia P, Lovato L, Buttazzi K, Russo V, Renzulli M, La Palombara C, Fattori R.

Riferimento bibliografici: Radiol Med (Torino). 2006 Jun;111(4):585-596.

7- Titolo del lavoro: Congenital diseases of the thoracic aorta. Role of MRI and MRA.

Autori: V.Russo, M. Renzulli, C. La Palombara, R Fattori

Riferimento bibliografici: Eur Radiol. 2006 Mar; 16(3) :676-84. -

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale UDITORE 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 **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi:

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

(duplicare le righe se insufficienti)

Altre attività

.....
.....
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

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.

_Pescara , li 20.01.2022

Il dichiarante

