

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome	PODDA MARCELLO
Data di nascita	02\11\1963
Qualifica	DIRIGENTE MEDICO I LIVELLO
Amministrazione	Azienda Ospedaliera G. Brotzu - Cagliari
Incarico attuale	DIRIGENTE MEDICO c/o U.O CHIRURGIA PEDIATRICA ARNAS BROTZU
Numero telefonico dell'ufficio	070 539791/ 070 539547
Fax dell'Ufficio	070 539750
Email istituzionale	marcello.podda@aob.it

TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

Titolo di studio	LAUREA MEDICINA E CHIRURGIA (NOVEMBRE 1990)														
Altri titoli di studio e professionali	DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA PEDIATRICA (1996)														
Esperienze professionali (incarichi ricoperti)	Ufficiale Medico di complemento c\o E.I. (Agosto 1991- Luglio 1992) Medico strutturato c\o ASL 8 Chirurgia Pediatrica (Dicembre 1993- Novembre 2016) Dirigente Medico c\o AOB, s.c. Chirurgia Pediatrica, (da Novembre 2016 a tutt'oggi)														
Capacità linguistiche	<table><tr><th>Lingua</th><th>Livello parlato</th><th>Livello scritto</th></tr><tr><td>INGLESE</td><td>BUONO</td><td>BUONO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Lingua	Livello parlato	Livello scritto	INGLESE	BUONO	BUONO								
Lingua	Livello parlato	Livello scritto													
INGLESE	BUONO	BUONO													
Capacità nell’uso delle tecnologie															
Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazioni a riviste ecc., ed ogni altra informazione che si ritiene dover pubblicare)	Partecipazione a Convegni, Corsi, Congressi attinenti la professione Medico-Chirurgica. In regola nel conseguimento di crediti formativi richiesti per anno nell'ambito del Programma Nazionale di Formazione Continua.														

Firma



Curriculum anno 2023

Spettabile Azienda Ospedaliera Brotzu
Invio email curriculumdirigenti@aob.it

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E DI INCONFERIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013

Il/la sottoscritto/a _____
NatO_ _____ a _____ CARBONIA _____ il ____02\11\1963_____
Residente _____ in _____
Via _____ n° _____
ai fini dell'attribuzione dell'incarico di _____

sotto la propria responsabilità ai sensi degli Articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, e conscio delle responsabilità penali, che l'Articolo 76 dello stesso Decreto, pone in capo a chi rende dichiarazioni mendaci ad una Pubblica Amministrazione al fine di ottenere dalla stessa un beneficio,

DICHIARA

con la presente, l'assenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013

a. in merito alle cause di inconferibilità

di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, c.1. lett. c, del D.Lgs. n. 39/2013);

di non avere, nei due anni antecedenti il conferimento dell'incarico, svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari che siano relativi allo specifico settore o ufficio di assegnazione all'interno dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari (*n.b. dichiarazione da rendere esclusivamente dai soggetti esterni, ossia in caso di incarichi conferiti a soggetti non muniti della qualifica di dirigente pubblico o comunque non dipendenti di pubbliche amministrazioni*) (art. 4 del D.Lgs. n. 39/2013);

b. in merito alle cause di incompatibilità

di essere consapevole che il presente incarico dirigenziale è incompatibile con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari, se la funzione da svolgere è connessa all'esercizio di poteri di vigilanza o di controllo sulle attività svolte dai predetti enti, e di non trovarsi in tale situazione di incompatibilità (art. 9, comma 1, del D.Lgs. n. 39/2013);

di non svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari (art. 9, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013);

di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dall'art. 12, commi 1, 2, 3 e 4 del D.Lgs. n. 39/2013.

Dichiaro inoltre di impegnarmi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconferibilità o di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione.

Firma Manuello Rolto

Data ____31\12\2023____

Spettabile Azienda Ospedaliera Brotzu
Invio email curriculumdirigenti@aob.it

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E DI INCONFERIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013

Il/la sottoscritto/a MARCELLO PODDA
Nato a CARBONIA il 02\11\1963
Residente in _____
Via _____ n° _____
ai fini dell'attribuzione dell'incarico di _____

sotto la propria responsabilità ai sensi degli Articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, e conscio delle responsabilità penali, che l'Articolo 76 dello stesso Decreto, pone in capo a chi rende dichiarazioni mendaci ad una Pubblica Amministrazione al fine di ottenere dalla stessa un beneficio,

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013.

Dichiaro inoltre di impegnarmi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconferibilità o di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione.

Firma Marcello Podda

Data 31\12\2023