



Quanto dichiarato nel presente curriculum è valevole come dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell' art. 46 del D.P.R. n.445/2000.

Pavla, li 19 05 2018

Firma

*Prof. HAIZO BAYLAJMI*

GENERALITA' E DATI PERSONALI

Cognome e Nome ..... BALLARDINI MARCO .....

Indirizzo ..... [REDACTED] .....

Tel. ....

Cell. [REDACTED]

E-mail [REDACTED]

Nazionalità ..... italiana .....

Luogo di nascita ..... [REDACTED] .....

Data di nascita ..... [REDACTED] .....

Stato civile ..... [REDACTED] .....

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

**Ente**  
 (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo) ..... **ASL Pavia** .....

**qualifica** ..... **Dirigente Medico, Disciplina: MEDICINA LEGALE** .....

**periodo**  
 (specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa) ..... **dal 30.03.2000 al 15.07.2002** .....

**tipologia contrattuale** ..... **tempo indeterminato** .....

Dipendente .....  Incarico libero professionale

Co.Co.Co

Contratto di somministrazione  
 (Specificare agenzia per il lavoro) .....

Indirizzo .....

**tipo di rapporto**  
 (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)  Altro .....

**monte ore settimanale** ..... **38 ore/settimana** .....

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

**Ente**  
(specificare se pubblica amministrazione  
o Struttura privata accreditata o  
convenzionata, denominazione e  
indirizzo)

... ASST Pavia (ex ASL).....  
.....  
.....

**qualifica**

... Presidente Commissione Medica dell'ASL di Pavia (ASST  
Pavia) preposta all'accertamento delle condizioni di invalidità  
civile, handicap, etc. ...

**periodo**

(specificare giorno, mese, anno di inizio e  
termine del servizio e degli eventuali  
periodi di aspettativa)

... dal 16.07.2002 sino al 4.09.2003 (ASL Pavia).....  
... dal 01.07.2016 (ASST Pavia) .....

**tipologia contrattuale**

- Dipendente       Incarico libero professionale
- Co.Co.Co.
- Contratto di somministrazione  
(Specificare agenzia per il  
lavoro) .....

Indirizzo .....

Altro .....

**tipo di rapporto**

(specificare se a tempo pieno o a tempo  
parziale)

... tempo parziale (a seconda delle esigenze aziendali) ...

**monte ore settimanale**

... a seconda delle esigenze aziendali ... (in genere 3-4 sedute  
settimanali dal 2002 al 2003, 2-3 sedute settimanali dal 2016 al  
2018) ..

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

<p><b>Ente</b> (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)</p>	<p>ASST Pavia (ex ASL)..... ..... .....</p>
<p><b>qualifica</b></p>	<p>...SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' MEDICO LEGALE - ACCERTAMENTI NECROSCOPICI CON RIFERIMENTO ALLE FUNZIONI DI MEDICO NECROSCOPO PREVISTE DAL D.P.R. N.284/1990 E S.M.I. - REGOLAMENTO DI POLIZIA MORTUARIA, NONCHE' DALLE LEGGI in materia della REGIONE LOMBARDIA, ultima N.33/2009 E S.M.I.) .</p>
<p><b>periodo</b> (specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)</p>	<p>... dal 17.01.2000</p>
<p><b>tipologia contrattuale</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Dipendente (dal 30.03.2000 al 15.07.2002)      <input checked="" type="checkbox"/> Incarico libero professionale  <input type="checkbox"/> Co.Co.Co.  <input type="checkbox"/> Contratto di somministrazione (Specificare agenzia per il lavoro) .....  Indirizzo .....  <input type="checkbox"/> Altro .....</p>
<p><b>tipo di rapporto</b> (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)</p>	<p>... tempo parziale ... (tempo indeterminato dal 30.03.2000 al 15.07.2002)</p>
<p><b>monte ore settimanale</b></p>	<p>... a seconda delle esigenze di servizio .....</p>

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

**Ente**  
(specificare se pubblica amministrazione  
o Struttura privata accreditata o  
convenzionata, denominazione e  
indirizzo)

... ASST Pavia (ex ASL) .....

**qualifica**

.. SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' MEDICO LEGALE / ACCERTAMENTI  
SANITARI DI CONTROLLO DELL'INCAPACITA' TEMPORANEA AL  
LAVORO PER MALATTIA O INFERMITA' EX ART.5 LEGGE N.300/1970  
E ART.71 LEGGE N. 133/2008 E S.M.I.)

**periodo**  
(specificare giorno, mese, anno di inizio e  
termine del servizio e degli eventuali  
periodi di aspettativa)

.. dal 30.03.2000 al 15.07.2002 e dal 01.01.2003 al 31.08.2017  
.....

**tipologia contrattuale**

Dipendente  Incarico libero professionale  
(dal 30.03.2000 al 15.07.2002)  
 Co.Co.Co.

Contratto di somministrazione  
(Specificare agenzia per il lavoro) .....

Indirizzo .....

Altro .....

**tipo di rapporto**  
(specificare se a tempo pieno o a tempo  
parziale)

.. tempo parziale .. (tempo indeterminato dal 30.03.2000 al 15.07.2002)

**monte ore settimanale**

... a seconda delle esigenze di servizio .....

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

<p><b>Ente</b> (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)</p>	<p>INPS – Sede Pavia..... ..... .....</p>
<p><b>qualifica</b></p>	<p>... SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' MEDICO LEGALE / ACCERTAMENTI SANITARI DI CONTROLLO DELL'INCAPACITA' TEMPORANEA AL LAVORO PER MALATTIA O INFERMITA' EX ART.5 LEGGE N.300/1970 E ART.71 LEGGE N. 133/2008 E S.M.I.)</p>
<p><b>periodo</b> (specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)</p>	<p>... da OTTOBRE 2017.....</p>
<p><b>tipologia contrattuale</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Dipendente      <input checked="" type="checkbox"/> incarico libero professionale</p> <p><input type="checkbox"/> Co.Co.Co</p> <p><input type="checkbox"/> Contra'tto di somministrazione (Specificare agenzia per il lavoro) .....</p> <p style="text-align: right;">Indirizzo .....</p> <p><input type="checkbox"/> Altro .....</p>
<p><b>tipo di rapporto</b> (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)</p>	<p>... tempo parziale .....</p> <p>.....</p>
<p><b>monte ore settimanale</b></p>	<p>... a seconda delle esigenze di servizio .....</p>

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

<p><b>Ente</b> (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)</p>	<p>... <b>MINISTERO ECONOMIA E FINANZE</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>qualifica</b></p>	<p>... <b>Presidente Commissione Medica di Verifica (accertamento delle condizioni di invalidità civile, handicap, etc.)</b> ...</p>
<p><b>periodo</b> (specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)</p>	<p>... <b>dall'1.01.2006 al dicembre 2009 compreso</b> .....</p> <p>.....</p>
<p><b>tipologia contrattuale</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Dipendente      <input checked="" type="checkbox"/> Incarico libero professionale</p> <p><input type="checkbox"/> Co.Co.Co.</p> <p><input type="checkbox"/> Contratto di somministrazione (Specificare agenzia per il lavoro) .....</p> <p style="text-align: right;">Indirizzo .....</p> <p><input type="checkbox"/> Altro .....</p>
<p><b>tipo di rapporto</b> (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)</p>	<p>... <b>tempo parziale (a seconda delle esigenze dell'Ente ministeriale)</b> .....</p>
<p><b>monte ore settimanale</b></p>	<p>... <b>a seconda delle esigenze dell'Ente ministeriale</b> .. (di norma 4-5 sedute settimanali) .....</p>



**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

**Ente**  
(specificare se pubblica amministrazione  
o Struttura privata accreditata o  
convenzionata, denominazione e  
indirizzo)

... **MINISTERO DELLA DIFESA - ESERCITO ITALIANO** .....

**qualifica**

... **SOTTOTENETE MEDICO DI COMPLEMENTO** .....

**periodo**

(specificare giorno, mese, anno di inizio e  
termine del servizio e degli eventuali  
periodi di aspettativa)

... **dal 18.04.1994 al 24.04.1995** .....

**tipologia contrattuale**

Dipendente  Incarico libero professionale

Co.Co.Co.

Contratto di somministrazione  
(Specificare agenzia per il  
lavoro) .....

Indirizzo .....

Altro .....

**tipo di rapporto**

(specificare se a tempo pieno o a tempo  
parziale)

... **tempo pieno** .....

**monte ore settimanale**

... **servizio continuativo** .....

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

<p><b>Ente</b> specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)</p>	<p>... Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense - Sezione di Medicina Legale e Scienze Forensi "A.Fornari" di Pavia, via Forlanini 12 - 27100 Pavia .....</p>
<p><b>qualifica</b></p>	<p>... frequentatore esterno</p>
<p><b>periodo</b> (specificare giorno mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)</p>	<p>... dal 29.10.1999 al 29.03.2000 e dal 16.07.2002 .....</p>
<p><b>tipologia contrattuale</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Dipendente                      <input type="checkbox"/> Incarico libero professionale</p> <p><input type="checkbox"/> Co.Co.Co.</p> <p><input type="checkbox"/> Contratto di somministrazione (Specificare agenzia per il lavoro) .....</p> <p style="text-align: right;">Indirizzo .....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Altro .....</p>
<p><b>tipo di rapporto</b> (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)</p>	<p>... frequentatore esterno .....</p>
<p><b>monte ore settimanale</b></p>	<p>... a seconda delle esigenze del Dipartimento e degli Enti ad esso afferenti (ASST Pavia, Procure della Repubblica, Tribunali, etc.) .....</p>

**TITOLI DI STUDIO/ISCRIZIONE ALBO  
PROFESSIONALE**

Diploma di Laurea o equipollente di Conseguito il	Laurea In Medicina e Chirurgia ... (voto 105/110) .. 25.02.1993 ...
Presso	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA .. .. .
Specializzazione Conseguita il	Medicina Legale e delle Assicurazioni (ai sensi del DPR n. 257/1991) ... 28.10.1999
Presso	... Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Dipartimento di Medicina Legale, Università degli Studi di Pavia, con voto 50/50 e lode .....
Durata anni	4 (quattro) .....
Master o altro titolo di studio Conseguito il	.....
Presso	.....
Durata anni	.....
Iscrizione Albo Professionale di	Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Pavia ..
Data di iscrizione	...28.06.1993...
Numero di iscrizione	...6498.....
Altro	..... ..... .....

CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI	
<p>Capacità e competenze generali, organizzative, di responsabilità e autonomia</p>	<p>ATTIVITÀ ORGANIZZATIVA/FORMATIVA/EDUCATIVA NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA SIA PER CONTO DELL'ASST DI PAVIA (IN QUALITÀ DI MEDICO NECROSCOPO E NELL'EFFETTUAZIONE DEI R.SCONTRI DIAGNOSTICI RICHIESTI DALLA STESSA ASST PAVIA O ALTRE ASST/STRUTTURE OSPEDALIERE CONVENZIONATE CON IL D.PARTIMENTO DI MEDICINA LEGALE DI PAVIA) SIA ALL'INTERNO DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA LEGALE DI PAVIA, A PERSONALE MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA, COSÌ COME A PERSONALE TECNICO. SVOLGIMENTO DI INCARICHI PERITAL. PER CONTO DI TRIBUNALI E PROCURE DELLA REPUBBLICA (VARIE SEDI E PROVINCIE), OLTRE CHE PER ALTRI ENTI PUBBLICI E PRIVATI.</p>
<p>Capacità e competenze tecniche ed informatiche</p>	<p>PROFESSIONALITÀ E ABILITÀ SPECIFICA DI CARATTERE AUTOPTICO E NELL'AMBITO DEGLI ACCERTAMENTI NECROSCOPICI, NEGLI ACCERTAMENTI SANITARI A FINI MEDICO LEGALI, FRA CUI VALUTAZIONI RELATIVE ALL'INVALIDITÀ CIVILE, HANDICAP, ETC., COMPRESA MEDICINA DEL LAVORO (VALUTAZIONE IN MERITO IDONEITÀ LAVORATIVA E ALLA MANSIONE, CONTROVERSIE IN ORDINE A VALUTAZIONI ESPRESSE DA MEDICO COMPETENTE, ETC.). USO ABITUALE DI COMPUTER E PROGRAMMI INFORMATICI.</p>
<p>Lingua straniera (specificare il livello di conoscenza)</p>	<p>...Inglese (scolastico).....  .....  .....</p>

NOME E COGNOME  
~~MARCO BAZZARDINI~~

Pavia

li 14/05/2018