

## Curriculum formativo e professionale

Dichiarazione sostitutiva a.s. Artt. 46 u.47 del DPR 445/2000  
(Utilizzo da parte della Commissione)

### Allegato 2

Il/la sottoscritto/a:	nata/o il:
ELENA BERNOBICH KAMPEU	1970

consapevole delle sanzioni previste, applicabili in caso di false dichiarazioni a suo carico come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità le segg. stati, fatti e qualità personali:

Laurea magistrale in:	Università:	Data:
MEDICINA E CHIRURGIA	DEGLI STUDI DI TRIESTE	28.07.1995

Riconoscimento (se conseguito all'estero):	Università, Provincia, Ministero:	Data:

Specializzazione in:	Università:	Data:
CARDIOLOGIA	DEGLI STUDI DI TRIESTE	17.11.1999
MEDICINA INTERNA	DEGLI STUDI DI TRIESTE	06.11.2007

Riconoscimento (se conseguito all'estero):	Università, Provincia, Ministero:	Data:

Altro (pe dottorato di ricerca, Master):	Università, altro:	Data:
MASTER II LIVELLO CURE PALLIATIVE	DI BOLOGNA	15.12.2023

Riconoscimento (se conseguito all'estero):	Università, Provincia, altro:	Data:

Iscrizione all'albo prof.le, luogo:	Provincia/Paese:	Data:
MEDICI CHIRURGHI BOLZANO	BOLZANO, ITALIA	07.09.2020

Formazione manageriale, luogo:	Università, Provincia, altro:	Data:

Formazione complementare, luogo:	Università, Provincia, altro:	Data:

**Soggiorni di studio o di addestramento professionale ed esperienze professionali** successive all'acquisizione della specializzazione, per attività attinenti alla disciplina in strutture, italiane o estere, di durata non inferiore a 3 mesi:

Tipologia soggiorno:	Tipologia struttura:	periodo (dal - al):

**Sevizio presso enti pubblici** (ultimi 10 anni: a tempo in-/determinato - non attività libero prof.le!):

(Il servizio prestato all'estero dev'essere riconosciuto in Italia ai sensi della Legge 735/1960 i.f.v. e deve essere indicata la data di riconoscimento in Italia)

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le, disciplina e reparto/servizio	periodo (dal - al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI TRIESTE	DIRIGENTE MEDICO, MEDICINA INTERNA; SE MEDICINA CLINICA	24.9.2001 - 14.3.2010			
AZIENDA SANITARIA UNIV. INTEGRATA DI TRIESTE	DIRIGENTE MEDICO, MEDICINA INTERNA; SE PRONTO SOCCORSO	15.3.2010 - 15.3.2018			
AZIENDA SANITARIA DELL' ALTO ADIGE	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA; MEDICINA INTERNA BOLZANO	16.3.2018 - 31.7.2018			
AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO ADIGE	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTERNA SERVIZIO AZIENDALE "PALLIATIVE CARE"	01.08.2022 A TUTT'OGGI			

**Sevizio presso datori di lavoro privati** (ultimi 10 anni: a tempo in-/determinato e attività libero prof.le presso enti pubblici):

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le, disciplina e reparto/servizio	periodo (dal - al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni

**Incarichi dirigenziali** (Incarichi come Direttore di struttura complessa/semplce, alte specialità e altro):

Ente/ Amministrazione	Incarico	periodo (dal - al) indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
AZIENDA SANITARIA - UNIV. INTEGRATA DI TRIESTE	Denominazione con indicazione della disciplina DIRETTORE STRUTTURA SEMPLICE PRONTO SOCCORSO E TERAPIA DI URGENZA, MEDICINA INTERNA (CATTIVARA)	15.3.2010 - 31.7.2017			
AZIENDA SANITARIA - UNIV. INTEGRATA DI TRIESTE	DIRETTORE F.F. STRUTTURA COMPLESSA PRONTO SOCCORSO E TERAPIA DI URGENZA MEDICINA INTERNA	17.12.2016 - 31.7.2017			
AZIENDA SANITARIA DELL' ALTO ADIGE	ALTA SPECIALIZZAZIONE 1° LIVELLO CURE PALLIATIVE DOMICILIARI	01.01.2023 - 31.12.2025			

**Casistica** (certificata dal Direttore sanitario sulla base dell'attestazione rilasciata dal dirigente responsabile della struttura complessa, dipartimento, struttura ospedaliera o dell'Azienda Sanitaria):

- chirurgica e di procedure chirurgiche invasive / - specifiche esperienze e attività prof.li	(si/no):	Si
--	----------	----

**Attività didattica/abilitazione** (Incarichi, etc.):

Ente/ Amministrazione	Figura prof.le Inquadramento e indicazione della disciplina	periodo (dal - al) Indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni	h Ore.
		-				
		-				
		-				
		-				
		-				

**Partecipazione attiva a progetti in gruppi di ricerca o società scientifiche:**

Gruppo di ricerca/ Società scientifiche	Progetto

**Corsi , congressi, convegni, seminari** (ai sensi della lista allegata, datata e firmata):

in qualità di	ambito	periodo	quantità
relatore/rice	internazionale	negli ultimi 5 anni	
relatore/rice	nazionale	negli ultimi 5 anni	
partecipante	internazionale/nazionale	negli ultimi 5 anni	

**Appartenenze diverse** (Società, Commissioni, Organizzazioni, etc. ):

Ente/ Amministrazione	Incarico Denominazione e disciplina	periodo (dal - al) Indicare la data precisa	A Anno	M Mese	G Giorni
		-			
		-			
		-			
		-			
		-			

**Pubblicazioni** (le 5 pubblicazioni più importanti degli ultimi 10 anni):

Titolo/Descrizione	Libro, rivista, etc.	Data	1. Autore	2. Autore	* Autore

**Numero di pubblicazioni pubblicate a stampa e allegate come::**

1. Autore	2. Autore	3. Autore	*Autore	*Autore	*Autore

\* = indicazione numerica di Autore/Co-Autore

**Idoneità** (nazionale/provinciale):

Procedura/Descrizione	Figura prof.le/incarichi	Data

Data: 23 Luglio 2025