FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	LUCHETTI ENRICO
Indirizzo	[illegible]
Telefono	[illegible]
Fax	
E-mail	[illegible]
Nazionalità	[illegible]
Data di nascita	12/10/1976

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)	Da 2005 al 2010
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Ippodromo Sesana di Montecatini Terme
• Tipo di azienda o settore	Settore Sanitario
• Tipo di impiego	Medico di guardia durante le giornate di gara per tutto il personale affluente alla struttura
• Principali mansioni e responsabilità	Attività di guardia medica
• Date (da – a)	Dal 2006
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Ditte ed aziende private
• Tipo di azienda o settore	Settore Sanitario
• Tipo di impiego	Docente corsi primo soccorso aziendale secondo il DLgs 388/2000
• Principali mansioni e responsabilità	Docenza
• Date (da – a)	Dal 2007 al 2010
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Asl Pistoia
• Tipo di azienda o settore	Settore Sanitario
• Tipo di impiego	Medico prelevatore AVIS
• Principali mansioni e responsabilità	Visita di idoneità alla donazione e prelievo venoso per donazione sangue e plasmaferesi

• Date (da – a)	Dal 2010
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Libera professione per aziende private tra cui: 2011-12 Quadrifoglio Spa 2011-12 Nuovo Pignone Spa Marzo 2012-Novembre 2012 Geofor Spa 2011-12 Acqua Panna Spa Da Ottobre 2013 ottobre 2014 IKEA (Nuova sede di Pisa) Da Maggio 2013 Nuovo Pignone Spa Da Agosto 2013 COPIT Spa Da Luglio 2014 GKN Spa Da Gennaio 2013 Agape soc.coop.
• Tipo di azienda o settore	Settore Sanitario
• Tipo di impiego	Medico Competente
• Principali mansioni e responsabilità	Attività di sorveglianza sanitaria secondo il DLgs 81/2008 e 106/2009 e successive modifiche

• Date (da – a)	Dal 15/03/2011 al 08/07/2016
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Libera professione
• Tipo di azienda o settore	Settore Sanitario
• Tipo di impiego	Medico
• Principali mansioni e responsabilità	Direttore Sanitario , Istituto Sant'Andrea , Empoli

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a)	Dal 1994 al 1995
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Licenza di Scuola media superiore
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
• Qualifica conseguita	Diploma scientifico
• Date (da – a)	Dal 1998 al 1999
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Misericordia di Gello
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Frequentato con esito positivo corso di primo livello di soccorso
• Qualifica conseguita	Soccorritore di primo livello
• Date (da – a)	Dal 2002 al 2003
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Croce Rossa di Firenze.
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Frequentato con esito positivo corso di BLS (Basic Life Support)
• Qualifica conseguita	Soccorritore con competenze BLS e rianimazione cardiopolmonare
• Date (da – a)	Anno accademico 2003/2004
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Università degli studi di Firenze
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
• Qualifica conseguita	Laurea in medicina e chirurgia
• Date (da – a)	Dal 2005-2006
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Asl 11, Empoli
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Emergenza sanitaria territoriale Esecutore BLS Esecutore PBLS Esecutore BLSD
• Qualifica conseguita	Medico di emergenza sanitaria territoriale
• Date (da – a)	Dal 2005 al 2009
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Università degli studi di Firenze
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Attività di Medico in formazione Specialistica Effettuazione e interpretazione esami spirometrici Effettuazione e interpretazione esami audiometrici Effettuazione e interpretazione screening visivo Effettuazione e interpretazione test allergologici Effettuazione e interpretazione Fotopletismografia digitale
• Qualifica conseguita	Specializzazione in Medicina del Lavoro

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA	**ITALIANO**
ALTRE LINGUA	
	INGLESE
• Capacità di lettura	Buona.
• Capacità di scrittura	Buona.
• Capacità di espressione orale	Buona.

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

ABILITÀ NELLA GESTIONE DEI RAPPORTI CON ALLIEVI E DOCENTI ACQUISITI NELL'AMBITO DELLA PREPARAZIONE PROFESSIONALE

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

Buona conoscenza dell'uso del pc e dei suoi più comuni applicativi

CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

Patente tipo A e B – Mezzo proprio

ULTERIORI INFORMAZIONI

Partecipazioni a congressi e pubblicazioni

Articoli in extenso:

Montalti. M; Sanchez. M.A; Luchetti. E; Filippousi. M; Cupelli. V; Arcangeli. G (2007) Evaluation of sensitization in a population of professional catering students. World Allergy Organization Journal; Volume - Issue - p S21.

Montalti. M; Lucadei. P; Fioriti. M; Luchetti. E; Sanchez. M.A; Filippousi. M; Cupelli. V; Arcangeli. G (2007) Work related sensitization risk in hotel school students, the role of garlic. G Ital Med Lav Ergon; 29(3 Suppl): 855-7.

Abstract:

M. Filippousi, E. Luchetti, A. Piccioli, M. Montalti, G. Arcangeli,V. Cupelli. Studio sullo stato di salute di un campione di 780 lavoratori che svolgono abitualmente lavori in altezza; 70° Congresso Nazionale Simlii.

ALLEGATI

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs: 196 del 30 giugno 2003

DATA 17/04/2018

Firma

ALLEGATO 1

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI E DI COLLABORAZIONE O CONSULENZA

(Art. 15 Decreto Legislativo 14/03/2013 n. 33c. 1 e 2)

La/Il sottoscritta/o ai sensi dell'art. 15 D.Lgs. 33/2013

Cognome e nome	LUCHESI ENG
Carica /Incarico presso COPIT/Blubus scarl[1]	MEDICO COMPETENTE
e-mail / pec	
Curriculum vitae	Allegato alla presente

Dichiara

che in aggiunta all'incarico con Copit S.p.A. /Blubus scarl[2] svolge incarichi professionali, o è titolare di cariche in altri enti pubblici o privati regolati o finanziati da una Pubblica Amministrazione.

Ente	Incarico/Carica
PUBLIACQUA SPA	MEDICO COMPETENTE
VAR.S COOP SOC. (ASL)	MEDICO COMPETENTE

☐ Si allega curriculum aggiornato.

Data 11/04/18

Il Dichiarante (timbro e firma)

1-[2]Cancellare l'ipotesi che non ricorre.

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI DI CUI AL D.LGS. 39 DEL 2013
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto

Cognome CUCINI

Nome ENNIO

Codice fiscale [redacted]

Dichiara

in attuazione del disposto di cui all'art. 20, comma 2, del D.lgs. 39/2013 e consapevole delle responsabilità civili e penali e amministrative relative a dichiarazioni false e mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria personale responsabilità:

a) che non sussiste alcuna causa di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per lo svolgimento del proprio incarico in COPIT S.p.A. /Blubus scarl[1];
b) di non incorrere nei divieti dell'art. 53 comma 16 — ter D.lgs. 165/01 e art. 21 D.lgs. 39/13;
c) di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet di COPIT S.p.A. e di prestare il relativo consenso anche ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003.

Allega copia del documento di identità.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda ogni e qualsivoglia mutamento della situazione dichiarata.

Data 19/09/18

Il Dichiarante (timbro e firma)

NB. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 DPR 445/2000 e smi la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia del documento d'identità può essere inviata per via telematica.

[1] Cancellare l'ipotesi che non ricorre.