



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DI VERCELLI**

REGISTRO PROTOCOLLO
24/02/2026

N. _____
40

PROGRAMMA ECM : IL REPARTO DI MEDICINA ED EMATOLOGIA SI PRESENTA AL TERRITORIO

ORE 17.30 INGRESSO E REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

ORE 18.00 DR.SSA RE ROBERTA “ IL REPARTO DI MEDICINA SI PRESENTA AI MEDICI DEL TERRITORIO”

INTERVENTO DR. GIOVANNI SCARRONE E DR.SSA RE ROBERTA

ORE 20.00 2 QUALI SONO GLI STRUMENTI PER RAFFORZARE IL RAPPORTO TRA OSPEDALE E MEDICI DEL TERRITORIO (DR SCARRONE E DR.SSA RE)

ORE 21.00 APERTURA DIBATTITO

ORE 21.30 TEST DI APPRENDIMENTO

ORE 22.00 SALUTI FINALI



Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) **Roberta Re**
Indirizzo(i) **Rot. Massimo D'Azeglio n°1 - Novara**
Telefono(i) **0321-393555**
E-mail **roberta.re@tin.it rexrrt72@gmail.com**
Luogo di nascita **Casale Monferrato (AI)**
Data di nascita **03-11-1972**
Codice Fiscale **REXRRT72S43B885I**

Cellulare: **338-9260834**
331-6918513

SI AUTORIZZA
IL TRATTAMENTO DATI
AI SENSI DEL
GDPR 679/16

Esperienza professionale

Date (da-a) **Dal 1 ottobre 2019 ad oggi**
Lavoro o posizione ricoperti **incarico a tempo indeterminato di DIRETTORE s.c. MEDICINA INTERNA**
Principali attività e responsabilità
Nome e indirizzo del datore di lavoro **ASL Vercelli presidio ospedaliero S. Andrea Vercelli**

Date (da-a) **Da agosto 2004 al 30 settembre 2019**
Lavoro o posizione ricoperti **dirigente medico di I livello Medicina Interna**
Principali attività e responsabilità **Dal 16 maggio 2018 incarico professionale di media specializzazione "trattamento anticoagulante del tromboembolismo venoso" (fascia C2)**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara**

Date (da-a) **Da febbraio 2003 ad agosto 2004**
Lavoro o posizione ricoperti **dirigente medico di I livello Medicina d'Urgenza**
Principali attività e responsabilità
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Ospedale S. Giovanni Bosco, ASL TO4. Torino**

Istruzione e formazione

Date **08/11/2002**
Titolo della qualifica rilasciata **Specializzazione in Medicina Interna**
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione **Facoltà di Medicina e Chirurgia di Novara dell'Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"**

Date **27/10/1997**
Titolo della qualifica rilasciata **Laurea in Medicina e Chirurgia**

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Il Facoltà di Medicina e Chirurgia Sede di Novara dell'Università degli Studi di Torino

1991

Diploma di Maturità Scientifica conseguito nell'Anno Scolastico 1990/91

Liceo Scientifico Statale "A. Avogadro" di Vercelli

Capacità e competenze personali

Madrelingua(e) Italiana

Altra(e) lingua(e) Inglese

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Lingua

Lingua

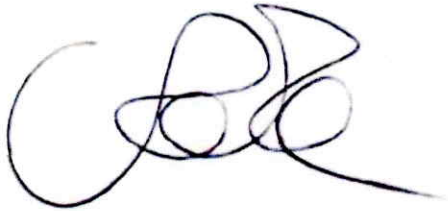
Comprensione		Parlato		Scritto	
Ascolto	Letture	Interazione orale	Produzione orale		

(*) [Quadro comune europeo di riferimento per le lingue](#)

Novara, 17 agosto 2023

In fede

Firma



Dott. Roberta Re

CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a RE ROBERTA, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

- Docente
 Moderatore
 Relatore
 Tutor / formatore
 Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____

Data e luogo di sottoscrizione: _____

Verelli 20/02/26

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome Giovanni Scarrone SCRGNN53A23B046E
Indirizzo Villata Via Bellardone 13
Telefono **3333881341**
Fax **0161310026**
E-mail **g.scarrone@libero.it**

Nazionalità Italiana
Data di nascita 23.01.1953

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) Dal 1.10.1980 Medico di Medicina Generale
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) Laurea in Medicina e Chirurgia il 7.7.1978 Università di Torino
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

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

MADRELINGUA

ALTRE LINGUA

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

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.

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.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL GDPR 679/2016

Vice Presidente Omceo Vercelli
Segretario Fimmg Provinciale
Revisore Supplente Enpam

italiano

[Indicare la lingua]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

Tutor universitario

Tutor medicina generale

Vice Presidente Ordine Medici Vercelli
Segretario Provinciale FIMMG

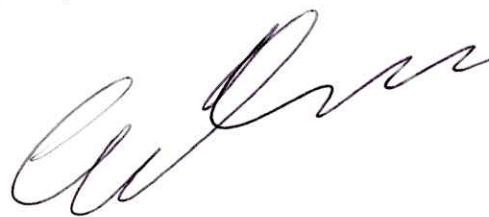
[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

PATENTE B

[Se del caso, enumerare gli allegati al CV.]



CURRICULUM VITAE

ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a SEARDONE GIOVANNI, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNAS.

Firma: 

AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

Docente

Moderatore

Relatore

Tutor / formatore

Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditamento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: 

Data e luogo di sottoscrizione: Veroli 20/02/20