



## **CURRICULUM VITÆ ET PROFESSIONALE**

### **INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome **ANSELMO Felice Antonio**  
Indirizzo **Via Temesa, 13 – 87040 Castrolibero (CS)**  
Telefono **0984 1571564- 368 3273999**  
E-mail **feliceantonioanselmo@gmail.com**  
**felice.antonio.a@alice.it**

Nazionalità **Italiana**

Luogo e Data di nascita **[REDACTED]**

### **ESPERIENZA LAVORATIVA**

- dal 10/2004 a tutt'oggi
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro **Dirigente Medico del Lavoro**  
**ASP Cosenza, Ufficio Unico della Sicurezza**
  - Tipo di azienda o settore **Azienda Sanitaria**
  - Principali mansioni e responsabilità **Medico competente Ospedale e distretto sanitario Corigliano Calabro e distretto sanitario di Rossano, Dirigente Medico del Lavoro-Componente medico del lavoro commissioni invalidita' civile.**
- dal 1995 al 2004
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro **Medico competente**  
**Ospedale di San Marco Argentano e Mormanno**
  - Tipo di azienda o settore **Azienda Ospedaliera**
  - Principali mansioni e responsabilità **Incarico di Medico Competente**
- 2000
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro **Medico competente**  
**Ospedale di Acri**
  - Tipo di azienda o settore **Azienda Ospedaliera**
  - Principali mansioni e responsabilità **Incarico di Medico Competente**
- 1994
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro **Medico competente**  
**Ospedale di Trebisacce**
  - Tipo di azienda o settore **Azienda Ospedaliera**
  - Principali mansioni e responsabilità **Incarico di Medico Competente**
- dal 1991
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro **Membro medico del lavoro commissioni invalidità civile**  
**ASL n.2 Castrovillari, ASL n.3 Rossano, ASL. n.4 Cosenza**
  - Tipo di azienda o settore **Azienda Sanitaria**

- Principali mansioni e responsabilità **Dirigente Medico del Lavoro**
  
- dal 1991
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Specialista Ambulatoriale Medicina del Lavoro**  
**ASL n.2 Castrovillari, ASL n.3 Rossano, ASL. n.4 Cosenza**
- Tipo di azienda o settore **Azienda Sanitaria**
- Principali mansioni e responsabilità **Specialista Ambulatoriale**
  
- dal 1985
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Medico competente**  
**Sede Rai Regione Calabria - Cosenza**
- Tipo di azienda o settore **Azienda Pubblica Radiotelevisiva**
- Principali mansioni e responsabilità **Incarico di Medico Competente**

### **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Data 2004-2016 **Corsi ECM su tematiche di medicina del lavoro**
- Data 2003 **Corso l'insufficienza cardiaca-ANCE Cosenza**
  - Data 2002 **Corso la canerogenesi professionale in ambiente Sanitario-Ispesl Roma**
  - Data 2002 **Corso ospedaliero di formazione multimediale di 3 ore rischio biologico e DPI**
  - Data 2002 **Corso strategie di prevenzione delle malattie infettive**
  - Data 2001 **Corso l'imaging cardiovascolare nell'anziano**
  - Data 2000 **Corso prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica e riduzione del rischio cardiovascolare**
- Data 1999 **Corso ospedaliero l'attività sanitaria territoriale dalla 833 alla Riforma Bindi**
- Data 1996 **Corso d'introduzione ai principi e metodi dell'epidemiologia**
- Data 1996 **Corso di introduzione ai principi e metodi dell'epidemiologia**
- Data 1996 **Congresso Nazionale ANCE Fluggi**
- Data 1996 **Corso Responsabili del Servizio di P.P.R. Squadra antincendio ASL n.3 Rossano**
- Data 1989 **Corso il dilemma del QRS largo**
- Data 1985 **Corso ospedaliero di Laser in Medicina e Chirurgia SMORRL Roma**

Dichiaro che le informazioni riportate nel presente Curriculum Vitae sono esatte e veritiere.

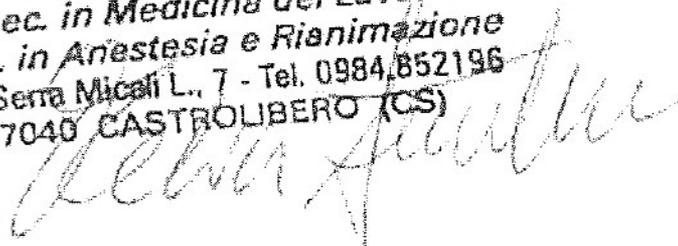
***Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs n. 196 del 30.06.2003 e s.i.m., nonché la pubblicazione del curriculum sul portale ECM e dell'ASP di Cosenza".***

Castrolibero, 17/5/2019

Anselmo Dott. Felice Antonio

**Dr. FELICE ANSELMO**  
**MEDICO CHIRURGO**

*Spec. in Medicina del Lavoro*  
*Spec. in Anestesia e Rianimazione*  
C.da Serra Micali L. 7 - Tel. 0984.852196  
87040 CASTROLIBERO (CS)



Al Sig. Responsabile della Prevenzione della Corruzione  
D.ssa Daniela Mungo  
SEDE

OGGETTO: Dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità degli incarichi e di incompatibilità art. 20 D. Lgs. 39/2013. Anno 2022

Il sottoscritto ANSELMO FELICE ANTONIO nato a [REDACTED] il [REDACTED]  
[REDACTED] C.F.: [REDACTED] in qualità di  
MEDICO COMPETENTE della SICURLAV SRL con sede a  
RENDE (.....) in Via O. ANTINORI, 34 - P.I.:  
02.98800781

relativamente all' **INCARICO DI VISITE MEDICHE CON INCARICO MEDICO  
COMPETENTE E R.S.P.P. ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 PER IL PERIODO DI  
ANNI TRE ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 MEDIANTE ACCORDO QUADRO ai  
sensi dell'art. 36 comma 2 lett. a) e art.54, comma 3, del D.Lgs.50/2016 e  
ss.mm.ii. - C.I.G. ZAC383B522**

Preso visione della normativa introdotta dal D. Lgs. 39/2013, recante disposizioni  
in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le PP.AA., in  
attuazione di quanto previsto dall'art. 1, commi 49 e 50 della L. 190/2012, in  
materia della prevenzione della corruzione.

SOTTO la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel  
caso di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 76 D.P.R.445/2000

DICHIARA

- Di non trovarsi in nessuna delle cause di inconferibilità degli incarichi e di incompatibilità previste dal D. Lgs. 39/2013.
- Di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella Sez. Amministrazione Trasparente del Sito Web del Comune e che i dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

SI IMPEGNA

A rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale.

Si allega fotocopia documento di riconoscimento valido.

Luogo e data

RENDE li 14/11/2022

ASP. COSENZA  
DOTT. FELICE A. ANSELMO  
N. ISCR. ORDINE MEDICI  
COSENZA 3884

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE  
O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI**

Il/la sottoscritto/a ANSELMO FELICE ANTONIO  
(cognome) (nome)  
nato/a a [REDACTED] ([REDACTED]) il [REDACTED]  
(luogo) (prov.)  
residente a [REDACTED] in via [REDACTED] nr. [REDACTED]  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

- Di essere/~~non essere~~ dipendente di Pubblica Amministrazione:  
ASP
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di non aver riportato condanne per reati contro la PA e di non avere subito condanna (anche non definitiva o anche in seguito a patteggiamento) per uno dei reati previsti dal Tit. II capo 1 c.p. (art. 3 del D. Lgs 39/13);

Ai sensi del DPR 445/2000 DICHIARA di aver preso visione del Codice di Comportamento dei dipendenti del Comune di Marano Principato approvato con atto di G.C. 123/23-12-2013 aggiornato con atto n° 48/27-04-2022, esecutivo, dal Piano Anticorruzione 2022/2024 approvato con atto di G.C. n° 47/20-04-2022, esecutivo, (disponibili per la consultazione sul Sito Web - Amministrazione Trasparente" Sez. Disposizioni Generali - Atti Generali e Sez. Altri Contenuti - Prevenzione della Corruzione), e di obbligarsi al rispetto delle norme contenute nel Patto d'integrità del Comune di Marano Principato approvato con atto di G.C. n° 79/25-06-2019, esecutivo, (disponibile per la consultazione sul Sito Web - Amministrazione Trasparente" Sez. Disposizioni Generali - Atti Generali);.

RENDE il 14/11/2022  
(luogo, data)

[Signature]  
ASP COSENZA  
DOTT. FELICE A. ANSELMO  
N. ISCR. ORDINE MEDICI  
COSENZA 3067

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, \ tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.



REPUBBLICA ITALIANA  
MINISTERO DELL'INTERNO

CAZ4042KI

CARTA DI IDENTITA' / IDENTITY CARD

COMUNE DI / MUNICIPALITY  
CASTROLIBERO



COGNOME / SURNAME

ANSELMO

NOME / NAME

FELICE ANTONIO

LUOGO E DATA DI NASCITA  
PLACE AND DATE OF BIRTH

[REDACTED]

SESSO

SEX

M

STATURA

HEIGHT

174

EMISSIONE / ISSUING

22.10.2021

FIRMA DEL TITOLARE

HOLDER'S SIGNATURE

[REDACTED]



CITTADINANZA

NATIONALITY

ITA

SCADENZA / EXPIRY

[REDACTED]



820876

