



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome / Cognome

**LUCIA TASSINARI**

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Data di nascita

*Il/La sottoscritta, consapevole delle sanzioni penali e leggi speciali vigenti in materia e previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nell'ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sopra citato,*

**dichiara**

*sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli:*

### Esperienza professionale Rese a favore di P.A.

Date

**dicembre 2014 – ottobre 2015**

Lavoro o posizione ricoperti

dirigente medico

Principali attività e responsabilità

medico di pronto soccorso e 118 presso ospedale M. Bufalini di Cesena

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AUSL Romagna

Tipo di attività o settore

Date

**ottobre 2014 – dicembre 2014**

Lavoro o posizione ricoperti

medico di continuità assistenziale

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AUSL Romagna

Tipo di attività o settore

Date

**luglio 2013 – settembre 2013**

Lavoro o posizione ricoperti

dirigente medico

Principali attività e responsabilità

medico presso punto di primo intervento a Cesenatico

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AUSL Romagna

Tipo di attività o settore

Date

**giugno 2013**

Lavoro o posizione ricoperti

medico di assistenza turistica

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AUSL Romagna

Tipo di attività o settore

## **Esperienza professionale Rese a favore di Datori di Lavoro Privati**

Date

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

## **Istruzione e formazione**

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

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

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

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

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

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

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

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

**da novembre 2015 ad oggi**

Specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore (in corso al quarto anno)

Università degli studi di Ferrara

**giugno 2015 – dicembre 2015**

Corso formativo avanzato per medici di emergenza -urgenza

Regione Emilia Romagna - Bologna

**settembre 2013 – dicembre 2013**

Idoneità all'emergenza sanitaria territoriale

AUSL Romagna - Ravenna

**2006 - 2012**

Laurea specialistica a ciclo unico in medicina e chirurgia

ALMA MATER STUDIORUM – Università di Bologna

**Corsi di aggiornamento**

Data

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

**Capacità e competenze personali**

Madrelingua

**ITALIANO**

Altra(e) lingua(e)

**INGLESE**

Autovalutazione

*Livello europeo (\*)***Lingua Inglese****Lingua .....**

Comprensione				Parlato				Scritto	
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale			
B2	discreta	B2	discreta	B1	buona	B1	buona	B2	discreta

**Allegati**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

**Firma**