



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome / Cognome Lorenzo Cerioni  
Indirizzo  
Telefono  
Fax  
E-mail  
Data di nascita

*Il/La sottoscritto, 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	<b>GIUGNO 2013- SETTEMBRE 2013</b>
Lavoro o posizione ricoperti	Kitchen porter
Principali attività e responsabilità	Lavapiatti e preparazione mise en place
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Ristorante al fresco, Brighton
Tipo di attività o settore	Ristorazione
Date	<b>GIUGNO 2014- SETTEMBRE 2014</b>
Lavoro o posizione ricoperti	Lavapiatti
Principali attività e responsabilità	Lavapiatti e preparazione mise en place
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Ristorante Beach bar, Senigallia
Tipo di attività o settore	Ristorazione
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	

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

Date	<b>10/10/2020-11/11/2020</b>
Lavoro o posizione ricoperti	Frequentatore
Principali attività e responsabilità	Osservazione
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Ospedale Infermi, Rimini
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	<b>2012-2014</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Nessuna
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Conoscenze limitate nel campo dell'odontoiatria
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso alma mater studiorum, Bologna
Date	<b>2014 – 2020</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Competenze teoriche e pratiche nel campo della medicina
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Corso di laurea in Medicina e Chirurgia presso università degli studi di Ferrara
Date	<b>Luglio 2020</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Medico
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Nessuna
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Ordine dei medici di ferrara
Date	
Titolo della qualifica rilasciata	
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	

**Corsi di aggiornamento**

Data

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

**Capacità e competenze personali**

Madrelingua

**Italiana**

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

*Livello europeo (\*)***Lingua inglese****Lingua spagnolo**

<b>Comprensione</b>				<b>Parlato</b>				<b>Scritto</b>	
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale			
	Distinto		buono		buono		buono		Sufficiente
	buono		buono		sufficiente		sufficiente		sufficiente

**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**