

Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome / Cognome

ROBERTO FOGUETTA

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Data di nascita

Il/La sottoscritto/a, 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.

Data

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

07.07.1978 AL 07.08.1978
INTERMEDIARE PROF.

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Data

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

USL 41 RICCIONE - F. ROMAGNA
PIEMONTE SOCORSO CATOLICA
08.08.1978 AL 25.02.1990
INTERMEDIARE PROF.

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Data

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

AUSL 1 PESARO - MARCHE
RIANIMAZIONE - CHIRURGIA - UROLOGIA, ECU.
26.02.1990 AL 31.12.2005
ASSISTENTE SANITARIO
REFERENTE TERRITORIALE DAY-HOSPITAL
PSICHIATRICO

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Data

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

USL 41 RICCIONE
PSICHIATRIA DI TERRITORIO (SIMAP)
DAY-HOSPITAL PSICHIATRICO
01.01.2006 AL 31.05.2011
ASSISTENTE SANITARIO

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

AUSL DELLA ROMAGNA
VIACOMARCO, 38 RUFFINI
IGLIERE E SANITA' PUBBLICA

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

31.06.1978
DIPLOMA INFERMIERE PROFESSIONALE

SCUOLA INFERMIERI PROF. PESARE

25.06.1987
DIPLOMA ASSISTENTE SANITARIO
SALITA - PUBBLICA EM TERRITORIO
CROCE ROSSA ITALIANA A MILANO
SCUOLA ASSISTENTI SANITARI

Corsi di aggiornamento

Data

Nome e tipo d'organizzazione
erogatrice dell'istruzione e formazione**Capacità e competenze
personali**

Madrelingua

ITALIANO

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

Livello europeo (**)

Lingua INGLESE

Lingua

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
✓	✓			

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