



Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome / Cognome Daniele Cavallo
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.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Date | 27/11/2020 |
| Lavoro o posizione ricoperti | Supporto all'attività clinica in Pronto Soccorso nella gestione dei pazienti a bassa priorità |
| Principali attività e responsabilità | P. = RAVENNA |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | |
| Tipo di attività o settore | |
| Date | 2020 |
| Lavoro o posizione ricoperti | Medico prelevatore presso Salus SpA |
| 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
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 22/05/2020
Titolo della qualifica
rilasciata Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia
Principali
tematiche/competenze
professionali acquisite
Nome e tipo Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
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

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 | | | |
| | B2 | | B2 | | B2 | | B2 |
| | | | | | | | |

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