

Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome / Cognome Oana Teodora Blanaru
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 | 01.03.2021 – presente |
| Lavoro o posizione ricoperti | MEDICO – CHIRURGO |
| Principali attività e responsabilità | |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | AUSL ROMAGNA |
| Tipo di attività o settore | PRONTO SOCCORSO FAENZA |
| Date | 01.08.2020 – 28.02.2021 |
| Lavoro o posizione ricoperti | MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE |
| Principali attività e responsabilità | |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | AUSL ROMAGNA |
| Tipo di attività o settore | PUNTO DI PRIMO INTERVENTO DI CERVIA |
| 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 | 10.08.2020 – 02.09.2020 |
| Lavoro o posizione ricoperti | SOSTITUZIONE MMG |
| 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 | 01.10.2020 – 09.03.2021 |
| Titolo della qualifica rilasciata | CORSO PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE |
| Principali tematiche/competenze professionali acquisite | |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | AUSL ROMAGNA |
| Date | 18.03.2020 |
| Titolo della qualifica rilasciata | LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA |
| Principali tematiche/competenze professionali acquisite | |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | UNIVERSITA' DI BOLOGNA |
| 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 **RUMENO**

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Lingua **ITALIANO**Lingua **INGLESE**

| Comprensione | | Parlato | | Scritto |
|--------------|-----------|-------------------|------------------|-----------|
| Ascolto | Lettura | Interazione orale | Produzione orale | |
| ECCELENTE | ECCELENTE | ECCELENTE | ECCELENTE | ECCELENTE |
| BUONO | BUONO | BUONO | BUONO | BUONO |

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