



Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome / Cognome Gian Maria Semprini

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 26/01/2021 – ATTUALE – Ancona, Italia

Lavoro o posizione ricoperti

Medico

Principali attività e responsabilità

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Università politecnica delle Marche

Tipo di attività o settore

Esperienza professionale Rese a favore di Datori di Lavoro Privati

Date 01/10/2018 – 31/12/2020 – Rimini, Italia

Lavoro o posizione ricoperti

Medico

Principali attività e responsabilità

Medico di Reparto presso U.O. Psicofisici

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Luce sul Mare ONLUS

Tipo di attività o settore

Date 01/11/2019 – 31/12/2020 – Rimini, Italia

Lavoro o posizione ricoperti

Medico

Principali attività e responsabilità

Medico di Reparto - Riabilitazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro
Villa Salus istituto Elioterapico e Riabilitativo
Tipo di attività o settore

Istruzione e formazione

Date **01/09/2019 – 10/09/2020**
Titolo della qualifica rilasciata Master universitario di II livello
Principali tematiche/competenze professionali acquisite Medicina Subacquea ed Iperbarica
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli studi di Padova
Date **16/03/2018 – Bologna, Italia**
Titolo della qualifica rilasciata Laurea Magistrale
Principali tematiche/competenze professionali acquisite Medicina e Chirurgia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli studi di Bologna

Corsi di aggiornamento

Data **05/05/2019**
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione **ALS - aPTC Provider - IRC**

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			
C1		C1		B2		B2		C1	

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

