



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome / Cognome SPINACI GIOVANNI  
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

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

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

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

**2012 - 2018**

Titolo della qualifica rilasciata

Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

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

Università degli studi di Ferrara

Date

**2019 - In corso**

Titolo della qualifica rilasciata

Scuola di Specialità in Pediatria

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

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

Alma Mater Studiorum – Università 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

**Italiana**

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

*Livello europeo (\*)***Lingua Inglese****Lingua .....**

Comprensione				Parlato				Scritto	
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale			
	B2		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**