

Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome / Cognome Margherita Sella

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Data di nascita

Il/La sottoscritto, 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 2021

Lavoro o posizione ricoperti Medico vaccinatore Campagna Vaccinale anti Sars-Cov-2

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 **13-14/03/2021**

Titolo della qualifica rilasciata ACLS Provider

Principali tematiche/competenze
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione
erogatrice dell'istruzione e formazione American heart Association

Date **2010**

Titolo della qualifica rilasciata Maturità scientifica

Principali tematiche/competenze
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione
erogatrice dell'istruzione e formazione Liceo Scientifico G.R. Curbastro- Lugo RA

Date **2011-2019**

Titolo della qualifica rilasciata Laurea magistrale a ciclo unico (5/6 anni)

Principali tematiche/competenze
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione
erogatrice dell'istruzione e formazione Alma Mater Studiorum - Università di Bologna - Scuola di Medicina e Chirurgia

Date **2019-2024**

Titolo della qualifica rilasciata Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore

Principali tematiche/competenze
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione
erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli studi di Ferrara

Corsi di aggiornamento

Data

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

Capacità e competenze personali

Madrelingua

Italiano

Altra(e) lingua(e)

Inglese

Autovalutazione

Livello europeo ()***Lingua****Lingua**

| Comprensione | | Parlato | | | | Scritto | |
|--------------|----|---------|----|-------------------|----|------------------|----|
| Ascolto | | Lettura | | Interazione orale | | Produzione orale | |
| | B2 | | B2 | | B2 | | 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