



Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome / Cognome Renzelli Andrea
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	settembre 2021-
Lavoro o posizione ricoperti	Medico vaccinatore
Principali attività e responsabilità	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AUSL ROMAGNA
Tipo di attività o settore	IGIENE PUBBLICA
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

26/03/2021

Titolo della qualifica rilasciata

Laurea in Medicina e Chirurgia

Principali tematiche/competenze
professionali acquisite

Medico-Chirurgo

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

Università degli Studi di Milano

Date

26/03/2021

Titolo della qualifica rilasciata

Abilitazione all'esercizio della professione medica

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 Francese**

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
buono	ottimo	buono	buono	buono
elementare	buona	elementare	elementare	elementare

AllegatiAutorizzo 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**