

## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome / Cognome

ENRIVUECE TIZZI

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

GIUGNO 83: guardia medica presso USL 2 di  
MARELLA FELTRINA (PV)

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

1/4/88 ambulatorio in chirurgia presso Ospedale  
di Novate Feltria USL 2 (PV)

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

15/7/1992 reparto chirurgia Ospedale  
SASSOCORVARO (PV) USL 2.

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

LUGLIO 2002 reparto chirurgia Ospedale  
VIBIANO (PV).

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

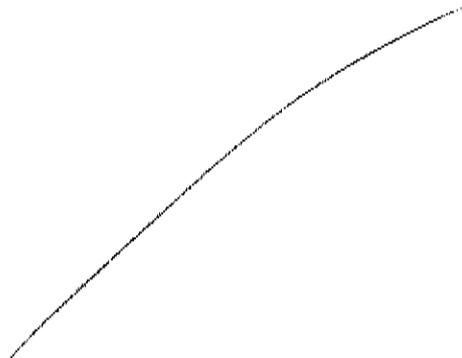
Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

15/1/2009 reparto chirurgia Ospedale  
NOVA FELTRINA (PV)

**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  
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  
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

27/10/1982 laurea in Medicina e chirurgia  
UNIVERSITA' PERUGIA

16/10/1987: Specializzazione in chirurgia  
generale presso UNIVERSITA' PERUGIA

12/10/2000 MASTER 2 livello Psudofisica  
UNIVERSITA' SIENA

RESPONSABILE DI AMBULATORIO DI  
PSICOLOGIA PRESSO OSP. MACERATA F.  
SASSOCORVAIO.

RESPONSABILE DI AUL. DI COLLETTIVIZZAZIONE  
presso ospedale di Novafeltria (RN)

**Corsi di aggiornamento**

Data

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

**Capacità e competenze personali**

Madrelingua

ITALIANA

Altra(e) lingua(e)

INGLESE

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

Lingua .....

Lingua .....

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Letture	Interazione orale	Produzione orale	
6	7	6	6	8

**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**