



Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome / Cognome Linda Valentini
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 **Da gennaio 2021**
Lavoro o posizione ricoperti Medico Specializzando
Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro Università degli Studi di Ferrara
Tipo di attività o settore Radiodiagnostica
Date **Da Luglio 2019 a Ottobre 2019**
Lavoro o posizione ricoperti Medico Libero Professionista
Principali attività e responsabilità
Nome e indirizzo del datore di lavoro Ospedale Bufalini di Cesena (FC) – AUSL Romagna
Tipo di attività o settore Medico per attività di supporto delle UU.OO di Pronto soccorso, Medicina d'urgenza e PPI
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 **Da novembre 2019 a gennaio 2020 (periodi di tre giorni- una settimana)**
Lavoro o posizione ricoperti Sostituto di medici di medicina generale
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 **8/10/2018**
Titolo della qualifica rilasciata Laurea in Medicina e Chirurgia
Principali tematiche/competenze professionali acquisite
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli Studi di Perugia
Date **Febbraio 2019**
Titolo della qualifica rilasciata Abilitazione a Medico Chirurgo
Principali tematiche/competenze professionali acquisite
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli studi di Perugia
Date **5/03/2019**
Titolo della qualifica rilasciata Iscrizione all'albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Ravenna
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)

Inglese

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Lingua

Lingua

Comprensione		Parlato		Scritto	
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale		
buono	buono	buono	buono	buono	

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