



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome / Cognome

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 2022 – 13 Novembre 2022

Lavoro o posizione ricoperti

Continuità assistenziale sostituto/incaricato provvisorio

Principali attività e responsabilità

Raccolta anamnesi, raccolta PV, valutazione clinica, esame obiettivo, richiesta esami strumentali e laboratoristici appropriati in base al contesto clinico appropriato e impostazione terapia medica.

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AUSL Romagna

Tipo di attività o settore

Medicina e chirurgia

Date

14 Novembre 2022

Lavoro o posizione ricoperti

Titolare di contratto lavoratore autonomo/libero professionista presso Ospedale Umberto I di Lugo

Principali attività e responsabilità

Raccolta anamnesi, raccolta PV, valutazione clinica, esame obiettivo, richiesta esami strumentali e laboratoristici appropriati in base al contesto clinico, impostazione terapia medica, attività di consulenza medico/chirurgica, attività ambulatoriale con visite medico/chirurgiche, attività di sala operatoria con particolare interesse alla chirurgia dell'apparato gastro intestinale in setting di elezione, urgenza ed emergenza.

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Ospedale "Umberto I" di Lugo

Tipo di attività o settore

Chirurgia generale

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 **Novembre 2019 – in corso**  
Titolo della qualifica rilasciata Specializzazione in Scuola di Chirurgia Generale  
Principali tematiche/competenze professionali acquisite Raccolta anamnesi, raccolta PV, valutazione clinica, esame obiettivo, richiesta esami strumentali e laboratoristici appropriati in base al contesto clinico appropriato e impostazione terapia medica. Attività di ambulatorio. Attività di reparto. Attività di sala operatoria in contesto di elezione, urgenza ed emergenza.  
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università di Bologna – Alma Mater Studiorum

Date **Novembre 2011 – Luglio 2017**  
Titolo della qualifica rilasciata Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia  
Principali tematiche/competenze professionali acquisite Studio delle principali branche, materie e discipline del corso di Laure Magistrale in Medicina e Chirurgia.  
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli Studi di Catania

Date **Settembre 2005 – Giugno 2010**  
Titolo della qualifica rilasciata Diploma Liceo Scientifico  
Principali tematiche/competenze professionali acquisite  
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione I.I.S. "Concetto Marchesi"

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 .....

Comprensione		Parlato		Scritto	
Ascolto	Letture	Interazione orale	Produzione orale		
C1	C1	C1	C1	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