



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome / Cognome **GIORGIO MARANO**

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 **01.01.2023 -**

Lavoro o posizione ricoperti **Rapporto di collaborazione coordinata e continuativa per l'emergenza Covid-19 presso l'UO di Geriatria dell'Ospedale di Faenza**

Principali attività e responsabilità **Dirigente Medico di Medicina Interna**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda U.S.L. della Romagna – Ospedale di Faenza**

Tipo di attività o settore **Sanitario**

Date **12.11.2020 - 31.12.2022**

Lavoro o posizione ricoperti **Rapporto di collaborazione coordinata e continuativa per l'emergenza Covid-19 presso l'UO di Medicina Interna dell'Ospedale di Faenza**

Principali attività e responsabilità **Dirigente Medico di Medicina Interna**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda U.S.L. della Romagna – Ospedale di Faenza**

Tipo di attività o settore **Sanitario**

Date **03.07.1985 - 30.06.2019**

Lavoro o posizione ricoperti **Dirigente Medico di 1° livello di Medicina Interna - UO Medicina Interna - Ospedale di Faenza**

Principali attività e responsabilità **Attività clinica in reparto e ambulatoriale. Dal 2000 al 2010 ha ricoperto il ruolo di capo-reparto della sezione Uomini e dal 2010 al 2019 quello di Responsabile di UO Semplice di Medicina Interna.**

**Ha accumulato esperienza nell'attività di Ecografia internistica anche con l'utilizzo del mezzo di contrasto ecografico, attività di epatologia sia in regime ambulatoriale che di ricovero e precedentemente di diabetologia ambulatoriale**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda U.S.L. della Romagna – Ospedale di Faenza**

Tipo di attività o settore **Sanitario**

Date **Settembre 1982 - 02.07.1985**

Lavoro o posizione ricoperti **Assistente Medico di Pediatria**

Principali attività e responsabilità **Medico presso il Servizio Materno-Infantile**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **U.S.L. n. 28 Bologna Nord**

Tipo di attività o settore **Sanitario**

Date	<b>Aprile 1981 - Settembre 1981</b>
Lavoro o posizione ricoperti	Tirocinio pratico ospedaliero in Cardiologia
Principali attività e responsabilità	Medico tirocinante presso la Divisione di Cardiologia
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Policlinico Universitario di Modena
Tipo di attività o settore	Sanitario

### **Istruzione e formazione**

Date	<b>1992</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Corso di Ecografia Internistica presso l'Ospedale Maggiore di Bologna
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Ecografia internistica
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	SIUMB
Date	<b>1984</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Diploma di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Competenza specialistica in Malattie del cuore e dei vasi
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Palermo
Date	<b>1980</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Diploma di 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 Palermo
Date	
Titolo della qualifica rilasciata	
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	

### **Corsi di aggiornamento**

Data	<b>2001</b>
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Corso ALS (Advanced Life Support) - IRC (Italian Resuscitation Council)

### **Capacità e competenze personali**

Madrelingua **italiano**

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

Lingua **INGLESE**

Lingua .....

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
Buono	Ottim	Sufficiente	Sufficiente	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

