



## 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

**03/07/23 – 31/10/23**

Lavoro o posizione ricoperti

Contratto Collaborazione Autonoma Libero Professionista per Medico Specializzando ex L.27/2020 presso Geriatria Faenza.

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

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	<b>07/08/2020 – 31/05/2023</b>
Lavoro o posizione ricoperti	Medico Chirurgo sostituto Medici di Medicina Generale
Principali attività e responsabilità	Sostituzioni occasionali o periodi brevi: Attività ambulatoriale e visite domiciliari (urgenti e programmate)
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Ausl 106 – Imola (BO)
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	<b>24/06/2020</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea abilitante in Medicina e Chirurgia
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Pavia
Date	<b>30/06/2020</b>
Titolo della qualifica rilasciata	<b>Iscrizione Ordine dei Medici Chirurghi di Bologna</b>
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	
Date	<b>26/01/2021 – attuale</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Medico in Formazione Specialistica Geriatria (terzo anno)
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Frequenza Reparti Acuti Geriatrici ed Internistici. Frequenza Pronto Soccorso, ambulatorio Centro Disturbi Cognitivi ed ambulatorio Ecografico
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università di Bologna, Policlinico S.Orsola Malpighi (Bologna) e Rete Formativa
Date	<b>27/03/2023-28/03/2023</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Certificazione superamento Corso Esecutore ALS IRC Adulti
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Approccio a paziente critico, a situazioni di Arresto cardiorespiratorio e peri-arresto
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	ALS BOLOGNA

**Corsi di aggiornamento****Congresso Nazionale "Geriatrics e Rinascita" presso Roma**

Data 01/12/2021 – 04/12/2021

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

SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatrics)

**Congresso XVIII Brain Aging, presso Napoli**

Data 14/12/2022 – 15/12/2022

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

Associazione Italiana Psicogeriatrics

Madrelingua

**ITALIANO**

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

*Livello europeo (\*)***Lingua Inglese****Lingua .....**

Comprensione		Parlato		Scritto			
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale	
	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**