

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



Fotografia (Facoltativo)

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **FERRARI FAUSTA**
Indirizzo **VIA AMALIA MORETTI FOGGIA,1 MANTOVA**
Telefono **0376/323655 0376/1850461**
Cellulare **342014304048**
Fax
E-mail **Fausta.ferrari@crs.lombardia.it**

Nazionalità ITALIANA

Data e Luogo di nascita 16/09/1959

Iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri di MANTOVA dal / 04 / 1985 al n. 1981

Esame di Stato per l'abilitazione
all'esercizio della professione di
medico chirurgo conseguita presso
Università di PARMA) in data 1° sessione 1985

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) dal 01 / 01 / 1990 ad oggi
- Qualifica Pediatra di Famiglia (PDF) libero professionista convenzionato con il S.S.N.
- Tipo di azienda o settore Agenzia Tutela Salute della Val Padana, via dei Toscani 1, 46100 Mantova (MN)

- Date (da – a) dal / / al / /
- Qualifica Pediatra di Famiglia (PDF) libero professionista convenzionato con il S.S.N.
- Tipo di azienda o settore Azienda Sanitaria Locale della Provincia di

- Date (da – a) dal / / al / /
- Qualifica Medico di Continuità Assistenziale (MCA) libero professionista convenzionato con il S.S.N.
- Tipo di azienda o settore Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona via S.Sebastiano 14, 26100 Cremona

- Date (da – a) dal / / al / /
- Qualifica Medico di Continuità Assistenziale (MCA) libero professionista convenzionato con il S.S.N.
- Tipo di azienda o settore Azienda Sanitaria Locale della Provincia di

- Date (da – a) dal / / al / /
- Qualifica Dirigente Medico presso (denominazione del reparto o unità operativa)
- Tipo di azienda o settore Azienda Ospedaliera o Casa di Cura (denominazione e indirizzo)

- Date (da – a) dal / / al / /
- Qualifica Dirigente Medico (denominazione)
- Tipo di azienda o settore Casa di Riposo (denominazione e indirizzo)

- Date (da – a) dal / / al / /
- Qualifica
- Tipo di azienda o settore (denominazione e indirizzo)

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) dal 1985 al 1989
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università PARMA Scuola di Specializzazione in PEDIATRIA
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita Medico Chirurgo Specialista in PEDIATRIA conseguita in data 11 / 06 / 1989 con votazione (50 / 50 lode)
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) Diploma di Laurea Specialistica

- Date (da – a) dal (anno) al (anno)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università (denominazione) Scuola di Specializzazione in ____
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita Medico Chirurgo Specialista in conseguita in data / / con votazione (/)
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) Diploma di Laurea Specialistica

- Date (da – a) dal 1978 al 1985
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università Parma) Facoltà di Medicina e Chirurgia
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Pediatria ,endocrinologia pediatrica
 - Qualifica conseguita Medico Chirurgo conseguita in data 11/04/1985 con votazione (99 / 110)
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia

- Date (da – a) dal (anno) al (anno)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione (denominazione)
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita di conseguita in data / / con votazione (/)
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ALTRA LINGUA

ITALIANA

[INGLESE

[Indicare il livello: buono, .]

[Indicare il livello: elementare.]

[Indicare il livello: , elementare.]

[Indicare la lingua 2]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare la lingua 3]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro (ad es. cultura e sport), ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO

[dal (anno) volontario presso (associazione) con mansione di _____]

PARTECIPAZIONE/ISCRIZIONE A SOCIETÀ SCIENTIFICHE

[SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA]
dal 1988 iscritto alla SIP

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

NAVIGAZIONE INTERNET E COMPETENZE INFORMATICHE DI BASE ACQUISITE DA AUTODIDATTA [

CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, competenze non precedentemente indicate

ASSICURAZIONI

Indicare con una X la risposta scelta

In ottemperanza al Decreto Legge n.138 del 13/08/2011 dell'art.3, comma 5, lettera e) "Disposizione per la stabilizzazione finanziaria" convertito in Legge n.148 del 14/09/2011 dichiaro:

di aver stipulato "idonea assicurazione DRC per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale."

di non aver stipulato "idonea assicurazione DRC per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale."

PATENTE O PATENTI SPECIALI

TIPO B

PRIVACY E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000; inoltre, il sottoscritto, autorizza al trattamento dei dati, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

Luogo e data

Firma

MANTOVA 22/09/2017
