

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome Fornaro Angelo  
Indirizzo  
Telefono  
Fax  
E-mail **a.fornaro@asst-cremona.it** **angelo.fornaro@pec.omceoparma.it**  
Nazionalità italiana  
Data di nascita 30.10.1965

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) *1994-1999*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri Cremona
- Tipo di azienda o settore *Azienda ospedaliera*
- Tipo di impiego Dirigente medico I livello Anestesia e rianimazione
- Principali mansioni e responsabilità

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) *1999-2001*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro AUSL BA-1
- Tipo di azienda o settore *Azienda ospedaliera*
- Tipo di impiego Dirigente medico I livello Anestesia e rianimazione
- Principali mansioni e responsabilità

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) *2001-2002*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda Ospedaliera Mellino Mellini
- Tipo di azienda o settore *Azienda ospedaliera*
- Tipo di impiego Dirigente medico I livello Anestesia e rianimazione
- Principali mansioni e responsabilità

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) *2002-*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri Cremona
- Tipo di azienda o settore *Azienda ospedaliera*
- Tipo di impiego Dirigente medico I livello Anestesia e rianimazione
- Principali mansioni e responsabilità Incarico Professional C2

### **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da – a) 1994
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Laurea Medicina e Chirurgia
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
  - Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

### **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da – a) 1984
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Maturita Liceo Scientifico
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
  - Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

### **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da – a) 1998
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Specializzazione Medicina Termale
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
  - Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

### **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da – a) 2003
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Specializzazione Anestesia e Rianimazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
  - Qualifica conseguita
- 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.*

**PRIMA LINGUA** italiano

**ALTRE LINGUE** inglese

- Capacità di lettura Ottima
- Capacità di scrittura Ottima
- Capacità di espressione orale Ottima

**CAPACITÀ E COMPETENZE** PROTEZIONE CIVILE

**RELAZIONALI**

*Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.*

**CAPACITÀ E COMPETENZE** REFERENTE CIO ANESTESIA RIANIMAZIONE POOP

**ORGANIZZATIVE** REFERENTE POSTAZIONE 118 POOP

*Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro,*

REFERENTE PRELIEVO ORGANI POOP

*in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.*

REFERENTE FORMAZIONE ANESTESIA RIANIMAZIONE POOP

**CAPACITÀ E COMPETENZE** Accurata conoscenza applicativi :

**TECNICHE** ORMAWEB

*Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.*

SOFIA

DONOR MANAGER

**CAPACITÀ E COMPETENZE** disegno

**ARTISTICHE**

*Musica, scrittura, disegno ecc.*

**ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE** Esperto in nutraceutica

*Competenze non precedentemente indicate.*

**PATENTE O PATENTI** B

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

**ALLEGATI**

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

CITTA' \_\_ Parma \_\_\_\_\_

DATA \_\_ 15.07.2018 \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_ F.TO Fornaro Angelo \_\_\_\_\_