



Curriculum Vitae Europass

Inserire una fotografia (facoltativo, v. istruzioni)

Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) **Emilia Antonella Zicari**

Indirizzo(i) Via Cappuccini

Telefono(i) 3288352972

Fax Facoltativo (v. istruzioni)

E-mail

Cittadinanza Italiana

Data di nascita 11/04/1966

Sesso Femminile

Occupazione desiderata/Settore professionale

Facoltativo (v. istruzioni)

Esperienza professionale

Date Dal 2008 a tutt'oggi

Lavoro o posizione ricoperti Dirigente Medico con contratto a tempo determinato U.O.C. di
Pneumologia P.O. Castrovillari- Azienda Sanitaria Prov. Di Cosenza

Principali attività e responsabilità Attività di reparto, Fisiopatologia Respiratoria.

Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza- 87100- Via Degli Alimena N° 8
Cosenza

<p>Date</p> <p>Lavoro o posizione ricoperti</p> <p>Principale attività e responsabilità</p> <p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p> <p>Tipo di attività o settore</p>	
<p>Date</p> <p>Lavoro o posizione ricoperti</p> <p>Principale attività e responsabilità</p> <p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p> <p>Tipo di attività o settore</p>	
<p>Date</p> <p>Lavoro o posizione ricoperti</p> <p>Principale attività e responsabilità</p> <p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p> <p>Tipo di attività o settore</p>	
<p>Date</p> <p>Lavoro o posizione ricoperti</p> <p>Principale attività e responsabilità</p> <p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p> <p>Tipo di attività o settore</p>	
<p>Date</p> <p>Lavoro o posizione ricoperti</p> <p>Principale attività e responsabilità</p> <p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p> <p>Tipo di attività o settore</p>	<p>12/12/2002</p> <p>Titolo formazione medicina generale D.L. GVO368/99</p>
<p>Date</p> <p>Lavoro o posizione ricoperti</p> <p>Principale attività e responsabilità</p>	

<p>Tipo di attività o settore</p>	<p>Sanitario</p>
<p>Date</p>	<p>2002 - 2007</p>
<p>posizione ricoperti</p>	<p>Attività nel Servizio di Guardia Medica P.F.N. a tempo determinato ed indeterminato.</p>
<p>Principale attività e responsabilità</p>	<p>Attività ambulatoriale e domiciliare pomeridiana-festiva-notturna</p>
<p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p>	<p>Azienda Sanitaria N°2 Castrovillari -87012- Viale del Lavoro Castrovillari (Cosenza)</p>
<p>attività o settore</p>	<p>Tipo di</p>
<p>Date</p>	<p>2002 - 2007</p>
<p>posizione ricoperti</p>	<p>Attività Medica di Sostituzione presso Studi di Medicina di base</p>
<p>Principale attività e responsabilità</p>	<p>Attività ambulatoriale e domiciliare</p>
<p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p>	<p>Azienda Sanitaria N° 2 Castrovillari - 87012-Viale Del Lavoro</p>
<p>attività o settore</p>	<p>Sanitario</p>
<p>Date</p>	
<p>posizione ricoperti</p>	
<p>Principale attività e responsabilità</p>	
<p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p>	
<p>attività o settore</p>	
<p>Date</p>	
<p>posizione ricoperti</p>	
<p>Principale attività e responsabilità</p>	
<p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p>	
<p>attività o settore</p>	
<p>Date</p>	
<p>posizione ricoperti</p>	
<p>Principale attività e responsabilità</p>	
<p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p>	
<p>attività o settore</p>	
<p>Date</p>	
<p>posizione ricoperti</p>	
<p>Principale attività e responsabilità</p>	
<p>Nome e indirizzo del datore di lavoro</p>	

Date
Titolo della qualifica rilasciata
Principali tematiche/competenze professionali acquisite
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Date
Titolo della qualifica rilasciata
Principali tematiche/competenze professionali acquisite
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Date
Titolo della qualifica rilasciata
Principali tematiche/competenze professionali acquisite
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

29/10/2007
Specializzazione in Malattie Dell'Apparato Respiratorio
Università degli Studi - Messina

Date
Titolo della qualifica rilasciata
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

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". (facoltativo, v. istruzioni)

Firma Emilia Zicari

