

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



Il sottoscritto/a ALESSANDRA QUARTA, ai sensi degli art.46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **QUARTA, ALESSANDRA**

Indirizzo

Telefono

E-mail

Nazionalità italiana

Data di nascita

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)

Dal 2015

ASL Roma 1 UOC Percorsi Cronicità, Disabilità Adulti e non Autosufficienza Distretto 1 e 14

Dal 2000 al 2015

ASL Roma 2 Specialista Ambulatoriale nella branca di Reumatologia

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

Dal 2021 nomina di Referente Medico del Servizio Centralizzato di Ventiloterapia (delibera D.G. n° 0534) ASL Roma 1

• Tipo di azienda o settore

• Tipo di impiego

DAL 2015 Dirigente Medico c/o UOC Percorsi Cronicità, Disabilità Adulti e non Autosufficienza Distretto 1 con ripartizione oraria tra Assistenza Protesica Distretto 1 e Servizio Centralizzato Ventiloterapia ASL Roma 1

• Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

1996

Laurea in Medicina e Chirurgia c/o Università "La Sapienza" Roma

2000

Specializzazione in Reumatologia c/o Università "La Sapienza" Roma

Iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di Lecce da Giugno 1996

Regolare partecipazione a congressi e corsi di aggiornamento con acquisizione ECM

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

MADRELINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUA

INGLESE

BUONO

BUONO

BUONO

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

.

.

.

.

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)

24/01/2024

Firma

Alessandra Quarta