

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **Roberto Facchini**
Indirizzo
Telefono
Fax
E-mail **roberto.facchini@asst-lariana.it**
Nazionalità Italiana
Data di nascita 31/8/1972

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *Dal 3 2 2003*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **ASST LARIANA**
- Tipo di azienda o settore *Azienda Ospedaliera*
- Tipo di impiego **Dirigente Medico**
- Principali mansioni e responsabilità **Radiodiagnostica**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) *Dal 1991 al 2002*
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Studi universitari presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari dove ha conseguito il Diploma di Laurea in data 10 marzo 1998, discutendo la tesi in Anatomia Radiologica dal titolo: "Anatomia Radiologica dei linfonodi toracici", con votazione finale di 110/110. Abilitato all'esercizio della professione medica dopo aver superato l'esame di Stato nella II sessione 97 del novembre 1998 presso l'Università degli Studi di Sassari. Dal 1998 al 2002 ha frequentato il corso di specializzazione in Radiodiagnostica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari e nel novembre 2002 ha conseguito il Diploma di Specialista, discutendo la tesi : "Patterns TC di interessamento peritoneale neoplastico" riportando la votazione di 50/50.

Diagnostica TC ed Angio-TC toraco-addominale e Capo-Collo, con particolare attenzione alla patologia gastrointestinale ed urologica (i.e. Uro-TC, colon-TC ed entero-TC) ed alla patologia vascolare sia intracranica che aortica e periferica (tronchi sovraortici TSA, aorta toracica ed addominale, arti inferiori, circolo splancnico). Si occupa anche regolarmente di ecografia addomino-pelvica, muscolo-scheletrica ed eco-color-Doppler di ogni distretto corporeo; esegue anche ecografie del capo-collo con particolare riguardo alla patologia tiroidea e linfonodale laterocervicale. Esegue un elevato numero di esami speciali di Radiologia Tradizionale con mezzo di contrasto per os ed endocavitario quali Rx apparato digerente, cistouretrografia retrograda e minzionale, isterosalpingografia. Fa parte come rappresentante della Radiologia del Gruppo Multidisciplinare della gestione delle patologie oncologiche del colon-retto.
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita *Specialista in Radiodiagnostica*
- 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 Buona
- Capacità di scrittura Buona
- Capacità di espressione orale Buona

CAPACITÀ E COMPETENZE

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.

ADEGUATE AL CONTESTO SOCIALE E CULTURALE IN CUI MI TROVO AL MOMENTO

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

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

ADEGUATO AL CONTESTO LAVORATIVO IN CUI SONO INSERITO AL MOMENTO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AL RISPETTO PER IL PROSSIMO

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

ADEGUATE ALLE NECESSITÀ LAVORATIVE DEL MOMENTO

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

Musica sotto ogni aspetto, da sempre.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

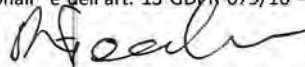
Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI Patente B

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'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 ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003 n°196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".



CITTA' _____ Como _____

DATA _____ 25/06/2019 _____

NOME E COGNOME (FIRMA)

Goelun