

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome **GIUSEPPE TROIANO**  
Indirizzo  
Telefono  
Fax  
E-mail [giuseppe.troiano@asst-santipaolocarlo.it](mailto:giuseppe.troiano@asst-santipaolocarlo.it)  
[giuseppe.troiano@pec.opimilomb.it](mailto:giuseppe.troiano@pec.opimilomb.it)  
Nazionalità **ITALIANA**  
Data di nascita

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) *01/06/2021 A TUTT'OGGI*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *A.O. SAN PAOLO – VIA DI RUDINI', 8 – 20142 - MILANO*
- Tipo di azienda o settore *SANITA' PUBBLICA*
- Tipo di impiego *COORDINATORE INFERMIERISTICO*
- Principali mansioni e responsabilità *COORDINATORE INFERMIERISTICO C/O IL CENTRO PSICOSOCIALE E IL CENTRO DIURNO DI ROZZANC E IL CENTRO PSICOSOCIALE DI BARABINO*
  
- Date (da – a) *31/03/2021 AL 31/05/2021*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *A.O. SAN PAOLO – VIA DI RUDINI', 8 – 20142 - MILANO*
- Tipo di azienda o settore *SANITA' PUBBLICA*
- Tipo di impiego *COORDINATORE INFERMIERISTICO*
- Principali mansioni e responsabilità *COORDINATORE INFERMIERISTICO C/O IL REPARTO MALATTIE INFETTIVE II (COVID)*
  
- Date (da – a) *13/10/2020 AL 30/03/2021*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *A.O. SAN PAOLO – VIA DI RUDINI', 8 – 20142 - MILANO*
- Tipo di azienda o settore *SANITA' PUBBLICA*
- Tipo di impiego *COORDINATORE INFERMIERISTICO*
- Principali mansioni e responsabilità *COORDINATORE INFERMIERISTICO C/O DRIVE THROUGH TAMPONI POLO SAN PAOLO*
  
- Date (da – a) *08/10/2018 AL 12/10/2020*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *A.O. SAN PAOLO – VIA DI RUDINI', 8 – 20142 - MILANO*
- Tipo di azienda o settore *SANITA' PUBBLICA*
- Tipo di impiego *COORDINATORE INFERMIERISTICO*
- Principali mansioni e responsabilità *COORDINATORE INFERMIERISTICO C/O IL REPARTO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE II*

- Date (da – a) 01/04/2010 AL 07/10/2018
- Nome e indirizzo del datore di lavoro A.O. SAN PAOLO – VIA DI RUDINI', 8 – 20142 - MILANO
- Tipo di azienda o settore SANITA' PUBBLICA
- Tipo di impiego COORDINATORE INFERMIERISTICO C/O CPA BADILE
- Principali mansioni e responsabilità
  
- Date (da – a) 15/04/2001 – 31/03/2010
- Nome e indirizzo del datore di lavoro A. O. SAN PAOLO – VIA DI RUDINI', 8 – 20142 - MILANO
- Tipo di azienda o settore SANITA' PUBBLICA
- Tipo di impiego INFERMIERE C/O CLINICA PEDIATRICA
- Principali mansioni e responsabilità
  
- Date (da – a) 15/08/1999 – 14/04/2001
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA – VIA RIPAMONTI, 435 – 20141 - MILANO
- Tipo di azienda o settore SANITA' PRIVATA
- Tipo di impiego INFERMIERE C/O CAMERA OPERATORIA
- Principali mansioni e responsabilità
  
- Date (da – a) 01/11/1994 – 14/08/1999
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO – VIA PACE, 21 – 20121 - MILANO
- Tipo di azienda o settore SANITA' PRIVATA
- Tipo di impiego INFERMIERE C/O CASA DI CURA MAXILLO FACCIALE
- Principali mansioni e responsabilità
  
- ISTRUZIONE E FORMAZIONE**
- Date (da – a) 16/04/20010
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione UNIVERSITA' CARLO CATTANEO – LIUC – CORSO MATTEOTTI, 22 – 21053 CASTELLANZA (VA)
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO
- Qualifica conseguita MASTER IN COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE
  
- Date (da – a) 02/07/1994
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione SCUOLA PER INFERMIERI PROFESSIONALI "GENOVESI" OSPEDALE SAN CARLO BORROMEO – VIA PIO II, 3 – 20153 MILANO
- Qualifica conseguita DIPLOMA REGIONALE DI INFERMIERE PROFESSIONALE
  
- Date (da – a) 1986
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione LICEO SCIENTIFICO STATALE G. MARCONI – VIA DEI NARCISI, 5 - MILANO
- Qualifica conseguita DIPLOMA DI MATURITA' SCIENTIFICA

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
PERSONALI.**

**PRIMA LINGUA ITALIANO**

**ALTRE LINGUE** INGLESE

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

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
RELAZIONALI**

BUONE CAPACITÀ RELAZIONALI E COMUNICAZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO OPERATIVE APPRESE IN SEGUITO ALLA FORMAZIONE SPECIFICA E ALL'ESPERIENZA QUOTIDIANA LAVORATIVA.  
BUONE CAPACITÀ COMUNICATIVE VERBALI E NON CON L'OBIETTIVO DI MANTENERE RELAZIONI D'AUTOCONTO CON LE PERSONE ASSISTITE E I LORO FAMILIARI.  
CAPACITÀ DI ADATTAMENTO AI VARI CONTESTI ASSISTENZIALI ACQUISITE IN AMBITI OSPEDALIERI ED EXTRA-OSPEDALIERI.

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
ORGANIZZATIVE**

CAPACITÀ ORGANIZZATIVE E DI RISOLUZIONE DELLE PROBLEMATICHE INERENTI L'ATTIVITÀ LAVORATIVA FINALIZZATE A FAR CONSEGUIRE MAGGIOR AUTONOMIA E MIGLIORE OPERATIVITÀ IN RELAZIONE SALLE FUNZIONI ASSEGNATE.  
CAPACITÀ DI COORDINARE CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI PER SODDISFARE GLI OBIETTIVI AZIENDALI.

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
TECNICHE**

BUONA PADRONANZA NELL'USO DEL PC, DEGLI STRUMENTI MICROSOFT OFFICE (WORD, EXCEL, POWERPOINT, ECC) E DEI PROGRAMMI INFORMATICI AZIENDALI

**PATENTE O PATENTI** PATENTE AUTOMOBILISTICA B

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

"Quanto dichiarato è conforme alle disposizioni degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000; 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. Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel mio curriculum vitae in base all'art. 13 GDPR 679/16 ed ai sensi del D.Lgs. 101/2018"

CITTA' Rozzano

DATA 06/02/2025