

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	Luca Mario Rossetti
Indirizzo	Via di Rudinì, 8 Milano
Telefono	02-81844556
Fax	02-50323150
E-mail	luca.rossetti@unimi.it
Nazionalità	Italiana
Data di nascita	

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date 1997-98
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Ospedale di Gravedona
- Principali mansioni e responsabilità Medico Oculista

- Date 1998-2010
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Clinica Oculistica Ospedale San Paolo Milano
 - Tipo di azienda o settore *Settore Sanitario*
 - Tipo di impiego Dir. Medico I livello
- Principali mansioni e responsabilità Responsabile Servizio Glaucoma

- Date 2002-oggi
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Università degli studi di Milano
 - Tipo di azienda o settore *Settore Sanitario*
 - Tipo di impiego Prof. Associato

- Date 2010-oggi
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Clinica Oculistica Ospedale San Paolo

- Tipo di azienda o settore *Settore Sanitario*
- Tipo di impiego *Dir. Medico II livello
Direttore Clinica Oculistica*

Vice-Presidente Corso di Laurea Medicina Chirurgia, Polo San Paolo

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date *1983*
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *Liceo Scientifico*
 - Qualifica conseguita *Maturità scientifica*
 - Date *1990*
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

<i>Università degli studi di Milano</i>	
---	--

 - Qualifica conseguita

<i>Dott. In Medicina e Chirurgia</i>	
--------------------------------------	--
 - Date *1991*
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *Istituto Mario Negri*
 - Qualifica conseguita *Diploma Scuola di Farmacologia*
 - Date *1993*
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *University of Maryland*
 - Qualifica conseguita *Master Epidemiology and Biostatistics*
 - Date *1995*
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *Università degli studi di Milano*
 - Qualifica conseguita *Specialità in Oculistica*
-
- Date *2015*
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *MIUR*
 - Qualifica conseguita *Abilitazione Prof I fascia, Oculistica*

PRIMA LINGUA **Italiano**

ALTRE LINGUE

Inglese

- Capacità di lettura *Inglese, Francese, Spagnolo*
- Capacità di scrittura *Inglese, Francese*
- Capacità di espressione orale *Inglese, Francese, Spagnolo*

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

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

Utilizzo di computer

CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

*Pianoforte, chitarra, Basso elettrico
Pittura artistica (olio, acquarello)*

PATENTE O PATENTI

Patente A (moto) e B (auto)

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, 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.

“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)” e autocertifico, consapevole delle sanzioni previste nel caso di dichiarazioni false, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/00, che quanto dichiarato corrisponde al vero ed alla documentazione in mio possesso”.

Milano 30.5.2017

NOME E COGNOME (FIRMA)