

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome
Indirizzo
Telefono
E-mail
Nazionalità

Data di nascita

PAOLA FRACASSO

italiana

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di Lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

Giugno 2016-oggi

ASST Santi Paolo e Carlo
U.O. Pronto Soccorso
Dirigente Medico

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

Giugno 2016-oggi

ASST Santi Paolo e Carlo

*Struttura Ospedaliera - Reparto di Pronto Soccorso
Dirigente Medico
Medico c/o UO Medicina d'Urgenza e Pronto soccorso*

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

Ottobre 2015-Dicembre 2018

SEA

Medico presso Servizio Sanitario Aeroportuale

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

Giugno 2015-Giugno 2016

ASST Santi Paolo e Carlo

*Struttura Ospedaliera - Reparto di Pronto Soccorso
Consulente Medico
Consulente Medico c/o UO Medicina d'Urgenza e Pronto soccorso*

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego

Ottobre 2009 - Maggio 2010

Centro di formazione D'Annunzio

Scuola regionale per operatori sociali

Contratto di collaborazione

- Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

Docente

Aprile 2009 – Maggio 2010

RSD “La piccola casa del rifugio”

Residenza Sanitaria Assistenziale per Disabili

Prestazioni occasionali

Guardia Medica

Ottobre 2008 – Maggio 2010

VIDAS

Assistenza ai malati terminali

Contratto di collaborazione

Assistenza domiciliare in ambito di cure palliative

ISTRUZIONE E FORMAZIONE		
• Date		<i>Maggio 2010-Maggio 2015</i>
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione		<i>Diploma di Specializzazione in Medicina Interna presso Università degli Studi di Milano</i>
• Qualifica conseguita		<i>Specialista in Medicina Interna</i>
• Date		<i>Aprile – Ottobre 2008</i>
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione		Tirocinio pratico presso Hospice Casa Vidas in (cure palliative): 15 ore settimanali con supervisione diretta da parte del medico responsabile della formazione e del direttore sanitario Associazione Vidas
• Qualifica conseguita		Esperto in cure palliative
• Date		<i>Aprile 2008</i>
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione		Abilitazione alla professione di medico
• Date		<i>14 Marzo 2008</i>
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione		Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università Statale degli Studi di Milano con la votazione finale di 110/110. Tesi discussa: “Utilità dell'ecografia toracica nella diagnosi di polmonite: confronto con le metodiche tradizionali”
• Qualifica conseguita		Medico Chirurgo

PRIMA LINGUA

italiano

ALTRE LINGUE

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

inglese

Buona
Buona
Buona

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

apertura alla comunicazione e
all'ascolto
inclinazione al lavoro di squadra
sensibilità all'altrui sofferenza e al
disagio sociale

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

discreto utilizzo di mezzi informatici,
anche nell'uso di motori di ricerca
specifici come PubMed

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE
*Competenze non precedentemente
indicate.*

Certificazione ALS conseguita a
Ottobre 2014

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" 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, Novembre 2017

Firma
