

FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome
Indirizzo
Telefono
Fax
E-mail

Nazionalità
Data di nascita

GUGLIELMI ROCCO
[COGNOME, Nome, e, se pertinente, altri nomi]
[Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese]
PIAZZA MIGUEL ANIBOLO N°8 POTENZA 85100

rocco.guglielmi@yahoo.it

ITALIA
[Giorno, mese, anno] 31/03/1958

ESPERIENZA LAVORATIVA

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

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

ASP AZIENDA SANITARIA POTENZA NMG
ASP AZIENDA SANITARIA POTENZA DIRETTORE SANITARIO
ISTITUTO PENALE PER
MINORI "E. GIAMURCO"

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a)
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
• Qualifica conseguita
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

LAUREA MEDICINA E CHIRURGIA 11-1992
MASTER MEDICINA URGENZA REGIONE BASILICATA 1999
DAL 2004 DIRETTORE SANITARIO ISTITUTO PENALE PER MINORI
"E. GIAMURCO" POTENZA
DAL 1993 al 11/1993 N. L.C.A. determinata dal 12/1997 al 08/2019 titolare
di C.A. dal 09/2019 Titolare di NMG Prima Castelnuovo per 02/2020
a tempo indeterminato e POTENZA

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RIABILITAZIONE STRUMENTALE
MEDICINA ESTETICA

[Indicare la madrelingua] ITALIANO

ALTRE LINGUA

INGLESE

[Indicare la lingua]

• Capacità di lettura

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

• Capacità di scrittura

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

• Capacità di espressione orale

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

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.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

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.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]

ALLEGATI

[Se del caso, enumerare gli allegati al CV.]

DICHIARAZIONE RELATIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 15, co 1, let. C del D.Lgs. n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto GUGLIELMI ROCCO nato a Potenza il 31/03/2021 ed ivi residente in Piazza Miguel Andreolo n 8 codice fiscale GGLRCC58C31G942K con attività professionale di MEDICO CHIRURGO

- Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- Preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- Di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1	MIG in PE con ASP	Mel 2019
2	Direttore sezione Istituti per la custodia	MEL 2006
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza incarichi)

- Di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza incarichi)

- Di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza incarichi)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 10/01/2022

.....
Firma del dichiarante

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI**

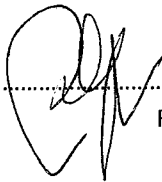
Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche", così come modificato dall'art. 1, comma 42, lettere h) e d), della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione",

SI ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **Guglielmi Rocco**, non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Generico, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

Data 10/01/2022


.....
Firma