



Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) **Ilaria Negro**

Indirizzo(i)

Telefono(i)

Cellulare:

Fax

E-mail

Cittadinanza italiana

Data di nascita

Sesso F

Occupazione desiderata/Settore professionale

Dirigente Medico specializzazione Pediatria U.O. PS Medico e Medicina d'urgenza –Istituto Giannina Gaslini-Genova

Esperienza professionale

Date Dal 1/6 2011 ad oggi Dirigente Medico pediatra tempo indeterminato U.O. PS Medico e Medicina d'urgenza –Istituto Giannina Gaslini-Genova
Dal 1/10/2009 al 31/5/2011 S.C. dirigente medico pediatra Pediatria- Ospedale di Imperia – ASL1 Imperiese
Dal 1/6/2009 al 30/9/2009 incarico a tempo determinato U.O. Patologia Neonatale – Istituto G. Gaslini
Dal 1/12/2008 al 31/5/2009 dirigente medico pediatra S.C. Ospedale di Imperia ASL1 Imperiese
Dal 1/11/2008 al 30/11/2008 incarico a tempo determinato U.O. Patologia Neonatale- Istituto G. Gaslini
Dal 16/06/2008 al 31/10/2008 incarico a tempo determinato U.O. PS e Medicina d'Urgenza Istituto G. Gaslini
Dal 1/09/2006 al 15/06/2008 dirigente medico pediatra a tempo indeterminato S.C. Pediatria- Ospedale Sanremo – ASL1 Imperiese

Lavoro o posizione ricoperti Dirigente Medico specializzazione Pediatria

Principali attività e responsabilità Referente trombosi in PS, partecipa gruppo Maltrattamento e Abuso minori "Casa sull'albero", Istruttore PBLs e PALS

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Istruzione e formazione

Date Corso di perfezionamento in Diagnostica child abuse e neglect – Università degli Studi di Milano- 2016
Master di II livello in Emostasi e Trombosi – Università degli Studi di Genova 2008
Corso di perfezionamento in Emergenze e Urgenze pediatriche – Università degli Studi di Genova 2006
Specializzazione in Pediatria – Università degli Studi di Genova 2005
Laurea in Medicina e Chirurgia – Università degli Studi di Genova 2000
Istruttore PALS 2019
Istruttore PBLs 2012

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze professionali possedute	Socia SIMEUP Partecipa registro italiano trombosi infantile (GIRTI)																								
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione																									
Livello nella classificazione nazionale o internazionale																									
Capacità e competenze personali																									
Madrelingua(e)	Precisare madrelingua(e) italiano																								
Altra(e) lingua(e)	inglese																								
Autovalutazione																									
Livello europeo (*)																									
Lingua																									
Lingua																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Comprensione</th> <th colspan="2">Parlato</th> <th colspan="2">Scritto</th> </tr> <tr> <th>Ascolto</th> <th>Lettura</th> <th>Interazione orale</th> <th>Produzione orale</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>buona</td> <td>buona</td> <td>buona</td> <td>buona</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Comprensione		Parlato		Scritto		Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale			buona	buona	buona	buona								
Comprensione		Parlato		Scritto																					
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale																						
buona	buona	buona	buona																						
	(*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue																								
Capacità e competenze sociali	Buona socievolezza e capacità di relazione																								
Capacità e competenze organizzative	Buone competenze organizzative																								
Capacità e competenze tecniche																									
Capacità e competenze informatiche	Buone																								
Capacità e competenze artistiche																									
Altre capacità e competenze																									
Patente	Patente B																								
Ulteriori informazioni	Partecipazione a missioni di Komera Rwanda presso Centro Sanità rugege- Gatare- Rwanda 2013-2015-2018																								
Allegati																									

Data.....13/04/2020.....

Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo di Protezione dei Dati n. 679/2016".

Data _____ 13/04/2020 _____ Firma _____

Io sottoscritto _____ sono consapevole delle sanzioni previste dall'art 76 del Testo Unico, DPR 28/12/200 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art.75 del medesimo Testo Unico, in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia responsabilità

Data _____ 13/04/2020 _____ Firma _____

Informativa e richiesta di consenso ai sensi del Regolamento Europeo di Protezione dei Dati n. 679/2016.

I dati da Lei comunicati sono riservati e saranno trattati elettronicamente ed utilizzati dall'Istituto Giannina Gaslini esclusivamente ai fini del conseguimento dei crediti E.C.M. Per il rilascio dell'Attestazione di partecipazione al corso e dei crediti ECM, sono necessari: il cognome, il nome, il luogo e la data di nascita, l'indirizzo privato, il telefono, il Codice Fiscale, la Professione/Disciplina, l'iscrizione all'Ordine/Collegio Professionale; i restanti dati sono facoltative e la loro mancata indicazione non pregiudica il rilascio dell'Attestazione di partecipazione al Corso. Si ricorda che i dati sono, per normativa, resi disponibili per la Commissione Regionale ECM.

Il titolare del trattamento è l'Istituto G. Gaslini, via G. Gaslini 5 - 1647 Genova, centroformazione@gaslini.org, cui si potrà rivolgere per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Regolamento sopracitato.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo di Protezione dei Dati n. 679/2016. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. 31