

CURRICULUM VITAE MOSCHINI GIUSEPPE

Il/la sottoscritto/a _____
consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nel seguente curriculum vitae, redatto in formato europeo, corrispondono a verità.

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome	MOSCHINI GIUSEPPE
Qualifica	MEDICO ANESTESISTA RIANIMATORE
Amministrazione	OC VICENZA
Incarico attuale	DIRIGENTE MEDICO I LIVELLO
Numero telefonico dell'ufficio	0444/53896
E-mail istituzionale	GIUSEPPE.MOSCHINI@AULSS8.VENETO.IT

TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

Titolo di studio	LAUREA MEDICINA E CHIRURGIA
Altri titoli di studio e professionali	SPECIALIZZAZIONE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Esperienze professionali (incarichi ricoperti)	ALTA SPECIALITA' IN FINE VITA IN TERAPIA INTENSIVA E PROBLEMI DI BIOETICA ESPERTO IN NUTRIZIONE CLINICA IN TERAPIA INTENSIVA MEDICO INTENSIVISTA

Capacità linguistiche	FRANCESE INGLESE
Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazione a riviste, ecc., ed ogni altra informazione che il dirigente ritiene di dover pubblicare)	AGGIORNAMENTI IN AMBITO DI TERAPIA INTENSIVA, BIOETICA E NUTRIZIONE CLINICA

Autorizza il trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Vicenza, __19/02/2021_____

FIRMA
MOSCHINI GIUSEPPE