

**Curriculum Vitae  
Europass**

**Informazioni personali**

Nome / Cognome

Nome

LORENZO

Cognome

RIGONI

Indirizzo

Telefono

Data di nascita

Codice Fiscale

**Esperienza professionale**

Date

Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.

Lavoro o posizione ricoperti

MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MEDICO DI FAMIGLIA)

Principali attività e responsabilità

LAVORO IN UNA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AMBULATORIO VIALE DEGLI ALPINI N.36 SOVIZZO (VI) 36050

Date

Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Date

Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Date

Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

**Istruzione e formazione**

Date

Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.

Titolo di studio

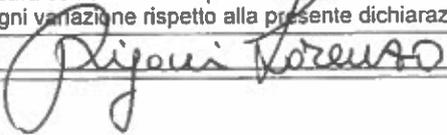
LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

Principali tematiche/competenze professionali possedute

MEDICINA GENERALE

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di ..., istituto, ecc)

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

<b>Date</b>	<b>Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.</b>
Titolo di studio	
Principali tematiche/competenze professionali possedute	
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	
<b>Date</b>	<b>Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.</b>
Titolo di studio	MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO INFITOTERAPIA APPLICATA
Principali tematiche/competenze professionali possedute	FITOTERAPIA
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	CONSEGUITO A SIENA IL 25-06-2016 FACOLTÀ DI FARMACOLOGIA UNIVERSITÀ DI SIENA
<b>Aggiornamenti</b>	
<b>Date</b>	<b>Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.</b>
	- CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN DIETETICA E DIETOTERAPIA PRESSO UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA (ATTESTATO 27/6/2006)
	- CERTIFICATE OF PROFESSIONAL TRAINING IN EATING DISORDERS AND OBESITY/CONSEGUITO L'8/03/2008 PRESSO ALDAP VERONA
<b>Attività di ricerca e Docenze</b>	
<b>Date</b>	<b>Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.</b>
<b>Publicazioni</b>	
<b>Date</b>	<b>Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.</b>
	Dichiaro di essere informata/o che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs 196/2003, il presente curriculum verrà allegato ai programmi di formazione del provider ECM Veneto dell'Azienda ULSS n. 8 "Berica" e pubblicato nella banca dati presente nel sito <a href="https://ecm.regione.veneto.it">https://ecm.regione.veneto.it</a> , per tali fini acconsento il trattamento dei dati personali ivi contenuti. Dichiaro inoltre l'assenza di conflitto di interesse relativamente al presente evento ed agli eventi formativi che mi coinvolgono in qualità di docente erogati dal Provider n 25 - Azienda ULSS n. 8 "Berica" ed accreditati nel sistema ECM. Sarà mia cura comunicare tempestivamente al Provider n 25 - Azienda ULSS n. 8 "Berica" ogni variazione rispetto alla presente dichiarazione.
Data 01-08-2017	Firma 

Il presente modulo è conservato firmato in originale presso il Centro Formazione - AULSS 8