

Curriculum Vitae

Informazioni personali

Nome / Cognome	Nome	Davide Gino Antonio	Cognome	Perego
----------------	-------------	---------------------	----------------	--------

Esperienza professionale

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

Lavoro o posizione ricoperti	Attività clinica con pazienti psichiatrici e con danno neurologico
------------------------------	--

Principali attività e responsabilità	Diagnosi e Cura
--------------------------------------	-----------------

Nome e indirizzo del datore di lavoro	Libera Professione
---------------------------------------	--------------------

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

Lavoro o posizione ricoperti	Perizie Medico Legali in ambito Psichiatrico
------------------------------	--

Principali attività e responsabilità	Valutazione della capacità di intendere e volere e pericolosità sociale dei soggetti imputati per conto dei Tribunali e di Avvocati
--------------------------------------	---

Nome e indirizzo del datore di lavoro	Libera Professione
---------------------------------------	--------------------

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

Lavoro o posizione ricoperti	Docente a contratto
------------------------------	---------------------

Principali attività e responsabilità	Attività di docenza e di ricerca nell'ambito della psico-neuro endocrino immunologia dello stress
--------------------------------------	---

Nome e indirizzo del datore di lavoro	Scuola Universitaria Sant'Anna Pisa
---------------------------------------	-------------------------------------

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

Lavoro o posizione ricoperti	Docente a contratto
------------------------------	---------------------

Principali attività e responsabilità	Attività di docenza e di ricerca nell'ambito della psico-neuro endocrino immunologia dello stress
--------------------------------------	---

Nome e indirizzo del datore di lavoro	COESPU Arma dei Carabinieri
---------------------------------------	-----------------------------

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

Lavoro o posizione ricoperti	Collaborazione
------------------------------	----------------

Principali attività e responsabilità	Attività di Docenza e di Ricerca nell'ambito della psico-neuro endocrino immunologia dello stress nell'attività tattica dei reparti della 2° Brigata Mobile
--------------------------------------	---

Nome e indirizzo del datore di lavoro	2° Brigata Mobile Arma dei Carabinieri
---------------------------------------	--

Istruzione e formazione

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

Titolo di studio	Master
------------------	--------

Principali tematiche/competenze professionali possedute	Nutrizione Umana e Dietetica
---	------------------------------

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	Unitelma Sapienza
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
Titolo di studio	Master
Principali tematiche/competenze professionali possedute	Neuropsicologia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	Università Cattolica del Sacro Cuore
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
Titolo di studio	Specializzazione
Principali tematiche/competenze professionali possedute	Psicopatologia Forense
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	Università degli Studi di Milano
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
Titolo di studio	PhD (Dottorato di Ricerca)
Principali tematiche/competenze professionali possedute	Criminologia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	Università LUDES Lugano
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
Titolo di studio	Laurea Magistrale
Principali tematiche/competenze professionali possedute	Neuroscienze
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	Università degli Studi di Torino
Aggiornamenti	
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
2016	Corso di Ipnosi Medica in emergenza sanitaria
2015	EMDR II Livello
2013	neuro modulazione: stimolazione elettrica transcranica (tDCS, tACS tRNS) IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli e Università Cattolica del Sacro Cuore
Attività di ricerca e Docenze	
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
Anno 2017	ULSS 8 Berica corso "Interventi sanitari in ambiente ostile"
Anno 2017	ITP Torino
Anno 2017	Comune di Vicenza – Settore Polizia Locale
Pubblicazioni	

Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
Anno 2017	Articolista Rivista COESPU Magazine
	<p>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 https://ecm.regione.veneto.it , per tali fini acconsento il trattamento dei dati personali ivi contenuti.</p> <p>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.</p> <p>Sarà mia cura comunicare tempestivamente al Provider n 25 - Azienda ULSS n. 8 "Berica" ogni variazione rispetto alla presente dichiarazione.</p>
	<p>Il presente modulo è conservato firmato in originale presso il Centro Formazione – AULSS 8 e viene inserito in internet privo di firma autografa</p>

<p>Data <u>31/01/2018</u></p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Firma _____</p>
-------------------------------	--