CURRICULUM VITAE di _____ BISAZZA
STEFANO _____

Il/la _____ sottoscritto/a _____ **STEFANO**
BISAZZA _____

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	BISAZZA STEFANO
Qualifica	MEDICO
Amministrazione	
Incarico attuale	CHIRURGO PLASTICO presso Poliambulatorio S.Lucia e Sandrigo
Numero telefonico dell'ufficio	0444 756488
E-mail istituzionale	drbisazza@hotmail.com

**TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI
ED ESPERIENZE LAVORATIVE**

Titolo di studio	specializzazione in chirurgia plastica estetica e ricostruttiva
Altri titoli di studio e professionali	
Esperienze professionali (incarichi ricoperti)	

Capacità linguistiche	Inglese fluente
Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazione a riviste, ecc., ed ogni altra informazione che il dirigente ritiene di dover pubblicare)	

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

Vicenza, _____27/1/2021_____

FIRMA

Firma oscurata ai sensi
delle linee guida del
Garante per la Privacy