

Curriculum Vitae Europeo

Informazioni personali

Nome / Cognome CARLO SCIALPI
Data di Nascita 21/02/71
Qualifica MEDICO
Amministrazione AUSL DI IMOLA
Incarico Attuale DIRIGENTE MEDICO DI 1° LIVELLO
Telefono ufficio 0542/662677
Fax ufficio
Email istituzionale c.scialpi@ausl.imola.bo.it

Esperienza professionale

Date DAL 20/12/2008
Tipo Azienda AUSL IMOLA
Denominazione Incarico ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO COME MEDICO INTERNISTA PRESSO LA MEDICINA INTERNA 1° OSPEDALE SANTA MARIA DELLA SCALETTA DI IMOLA
Date DAL 20/02/2006 AL 20/12/2008
Tipo Azienda AUSL IMOLA
Denominazione Incarico CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE COME MEDICO INTERNISTA PRESSO LA MEDICINA INTERNA 1° OSPEDALE SANTA MARIA DELLA SCALETTA DI IMOLA

Istruzione e formazione

Date 2008
Titolo della qualifica rilasciata DOTTORATO DI RICERCA IN MALATTIE GASTROINTESTINALI E CHIRURGIA DEI TRAPIANTI
Principali tematiche/competenze professionali acquisite ESPERIENZA SU IBD E VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione UNIVERSITA' DI BOLOGNA
Date 2005
Titolo della qualifica rilasciata DIPLOMA DI SPECIALISTA IN MEDICINA INTERNA CON VOTO DI 70/70 CON LODE
Principali tematiche/competenze professionali acquisite ATTIVITA' DI ASSISTENZA OSPEDALIERA, RICERCA, ECOGRAFIA INTERNISTICA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione UNIVERSITA' DI BOLOGNA
Date 1998
Titolo della qualifica rilasciata LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA CON VOTO DI 110/110 CON LODE
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione UNIVERSITA' DI BOLOGNA
Date 1990

Titolo della qualifica rilasciata	DIPLOMA DI MATURITA' CASSICA
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	LICEO CLASSICO TITO LIVIO DI MARTINA FRANCA

Capacità e competenze personali

Madrelingua	ITALIANO
Altra Lingua	INGLESE
Capacità di lettura	BUONA
Capacità di scrittura	BUONA
Capacità di espressione	BUONA
Capacità e competenze organizzative	BUONE
Capacità e competenze tecniche	BUONE
Capacità e competenze informatiche	BUONE
Altro	PARTECIPAZIONE A CORSI DI ECOGRAFIA, BLSD, ALS, CONGRESSI E SEMINARI SU VARI ARGOMENTI MEDICI, PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Firma