

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome **Manuti Maria Gabriella**

Indirizzo **Via G.Falcone 2 Melegnano (Mi)**

Telefono **029835930**

Fax **029835930**

E-mail **mgmanuti tiscali.it**

Nazionalità **Italiana**

Data di nascita **03.01.1953**

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) *Dal 01.07.1979 a tutt'oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **CENTRO OCULISTICO INFANTILE VIA CLERICETTI 22 MILANO**
- Tipo di azienda o settore **AZIENDA SANITARIA NAZIONALE**
- Tipo di impiego **DIRIGENTE MEDICO OCULISTA**
- Principali mansioni e responsabilità **VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE**

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da – a) **Da 1972-1978 e dal 1978-1982**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA  
SPECIALITA' IN OFTALMOLOGIA**
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio **MEDICO E SPECIALISTA IN OFTALMOLOGIA**
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

**CAPACITÀ E COMPETENZE**

**PERSONALI**

*Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.*

PRIMA LINGUA **ITALIANO**

ALTRE LINGUE

- Capacità di lettura BUONA
- Capacità di scrittura BUONA
- Capacità di espressione orale BUONA

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
RELAZIONALI**

*Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.*

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
ORGANIZZATIVE**

*Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.*

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
TECNICHE**

*Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.*

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
ARTISTICHE**

*Musica, scrittura, disegno ecc.*

**ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE**

*Competenze non precedentemente indicate.*

**PATENTE O PATENTI**

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

HA PARTECIPATO A NUMEROSI CONGRESSI E CORSI ATTINENTI ALL'OFTALMOLOGIA ANCHE IN QUALITÀ DI RELATORE

**ALLEGATI**

Il sottoscritto è a conoscenza che, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Decreto Legislativo 196/03.

Città , data

NOME E COGNOME (FIRMA)

---