

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. art. 76 del DPR 445/2000, 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/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03

INFORMAZIONI PERSONALI

Nicola Floro



📍 Via Cantina n. 19 – Falerna (CZ)

☎ 3475576155

✉ nicola.floro89@gmail.com

PEC: dottnicolafloro@pec.it

Sesso Maschile | Data di nascita 08/03/1989 | Nazionalità Italiana

OCCUPAZIONE PER LA QUALE
SI CONCORRE

Dirigente medico Anestesia e Rianimazione

ESPERIENZA
PROFESSIONALE

07/2020 – 11/2020

Medico Anestesista Rianimatore
P.O.C. "SS. Annunziata" di Taranto

04/2020- 07/2020

Medico Anestesista Rianimatore
Asst Cremona – OSPEDALE MAGGIORE DI Cremona

09/2015- 03/2020

MEDICO CHIRURGO
Medico di continuità assistenziale presso Asp Crotone

03/2020-04/2020

Medico rianimatore volontario
presso regione Lombardia per emergenza Covid-19

01/11/2015 – alla data attuale

Medico
Università degli studi "Magna Graecia", Catanzaro (Italia)

Scuola di specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

11/2020

Specializzazione in Anestesista e Rianimazione
Conseguita presso Università "Magna Graecia", di Catanzaro
Con votazione finale 70/70 e lode

22/07/2015

Iscrizione Ordine dei Medici chirurghi e odontoiatri di Catanzaro

- n.7199
Catanzaro (Italia)
- 18/12/2014 Laurea magistrale in Medicina e chirurgia, con votazione finale di 110/110 e lode
Facoltà di medicina e chirurgia - Università degli studi di Trieste
- Tirocinio e tesi di laurea dal titolo: " Tecniche di osteosintesi intramidollare ed extramidollare nelle fratture pertrocanteriche instabili: studio clinico e radiografico"
- 07/2007 Diploma di maturità classica
Liceo classico " F. Fiorentino" Lamezia Terme

COMPETENZE PERSONALI

Lingua madre Italiano

Altre lingue	COMPRENSIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
Inglese	B2	B2	A2	A2	B1
Spagnolo	C2	C2	C2	C2	C2

Livelli: A1/A2: Utente base - B1/B2: Utente intermedio - C1/C2: Utente avanzato
Quadro Comune Europeo di Riferimento delle Lingue

Competenze comunicative Ottime capacità comunicative con i pazienti e altre figure professionali

Competenze professionali

- Buone competenze nell'ambito della medicina perioperatoria e nella gestione dell'anestesia generale in chirurgia generale e altre chirurgie specialistiche
- Buone competenze in anestesia locoregionale
- Buone competenze nella terapia intensiva post operatoria (in particolare cardiocirurgica) e nella terapia intensiva polivalente (specialmente in pazienti con patologia acuta respiratoria e in pazienti sottoposti a trattamento ECMO)
- Buone competenze nella terapia del dolore acuto e cronico e nelle cure palliative
- Buone competenze nella pratica di anestesi e sedazioni in ambito NORA
- Buone competenze nella medicina dell'emergenza

Patente di guida Categoria A e B

Corsi a Seminari/Partecipazione a congressi

- SIIARTI academy hospital 2019, Novara 07-10/06/2019
- Corso di ecografia polmonare in terapia intensiva . Catanzaro, 19/09/2018
- XXVI Simposio Meridionale Anestesia, Rianimazione, dolore ed emergenze. Catanzaro, 20-21 novembre 2018
- 72° Congresso nazionale SIAARTI . Palermo, 10-13/ ottobre 2018
- Il Workshop tematico regionale di Rianimazione e terapia intensiva. Catanzaro, 10-11 aprile 2018

- I Workshop tematico regionale di rianimazione e terapia intensiva . Lamezia Terme, 12-13 aprile 2017
- XXIV Simposio meridionale in anestesia, rianimazione, dolore ed emergenze. Belvedere Marittimo, 30 settembre - 01 ottobre 2016

Trattamento dei dati personali

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel mio curriculum vitae in base all' art. 13 del D. Lgs 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445

Il/la sottoscritto Nicola Floro

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445

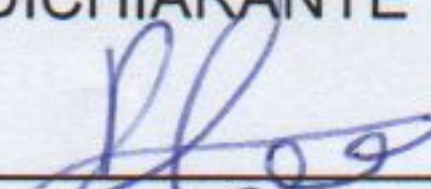
DICHIARA

- 1) di essere nato/a a CANEZIA TERME prov. CZ il 08/03/1989
- 2) di essere in possesso della cittadinanza ITALIANA
- 3) di essere cittadino italiano secondo le risultanze del Comune di FALERNA
- 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di FALERNA e di godere dei diritti politici
- 5) di essere (*indicare stato civile: nubile - donne /celibe - uomini*) CELIBE
- 6) di essere nella seguente posizione agli effetti militari _____
- 7) di essere iscritto nell'albo CATANZARO (MEDICI) prov. CZ con il n. 7199
- 8) di essere in possesso del seguente titolo di studio LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
-
- 9) di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- 10) di non aver riportato/~~aver riportato~~ condanne penali e di non aver/aver procedimenti penali in corso (**precisare le condanne eventualmente riportate; in caso contrario cancellare la dizione "aver riportato"**)
-
- 11) che il proprio codice fiscale è il seguente FLRNL89E08N208T

Ai sensi della legge n. 675/1996 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati.

Data e luogo, MILANO, 06/10/2021

IL DICHIARANTE


(firma per esteso e leggibile)



Il/la

sottoscritto/a

Floro Nicoladi ANDREA e di TOMMASINA BRUNI
(indicare il nome del padre e il nome e cognome della madre)Qualifica MEDICO ANESTESISTA - RIANIMATOREData inizio collaborazione 01/10/2021Residente a FALERNA prov. CZVia CANTINA n. 19 cap. 88040Domiciliato/a a FALERNA prov. CZVia CANTINA n. 19 cap. 88040Tel. fisso 0968-97520 Cell. 347/5576155Indirizzo di posta elettronica NICOLA.FLORO89@GMAIL.COMIndirizzo di posta elettronica certificata (PEC) DOTT.NICOLAFLORO@PEC.ITData e luogo, MILANO, 06/10/2021

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)



DATI PARTITA IVA

Il/la sottoscritto Floro Nicola comunica i

seguenti dati utili per la fatturazione elettronica:

N. PARTITA IVA 03 777 92 07 98

REGIME ORDINARIO

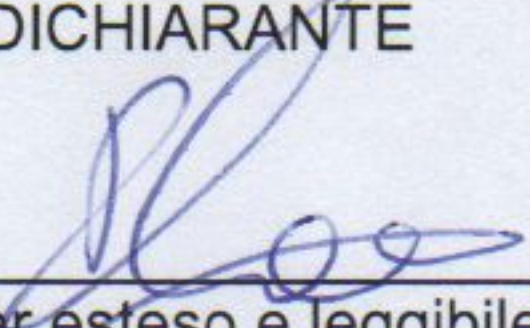
COORDINATE IBAN (27 cifre) IT 12 00 5424 80600 00000 5007655

ISTITUTO BANCARIO BANCA POPOLARE DI BARI

AGENZIA ADANTEA (CS) INDIRIZZO VIA STRONBOLI 117

Data e luogo, Milano, 06/10/2021

IL DICHIARANTE


(firma per esteso e leggibile)



Il/la sottoscritto/a Nicola Floro dichiara, sotto la propria responsabilità:

di non essere affetto da alcuna invalidità riconosciuta da enti pubblici, né titolare di pensione di invalidità;

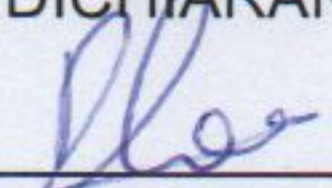
di essere affetto da invalidità civile riconosciuta da enti pubblici e di essere titolare di pensione di invalidità. Indicare la percentuale di invalidità _____

di appartenere alla seguente categoria protetta:

- orfano o coniuge superstite di coloro che sono deceduti per causa di lavoro/guerra/servizio ovvero in conseguenza dell'aggravarsi dell'invalidità riportata per tali cause;
- coniuge o figlio di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di guerra/servizio/lavoro e dei profughi italiani rimpatriati.

Data e Luogo, Milano, 06/10/2021

IL DICHIARANTE



(firma per esteso e leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Nicola Floro nato a LANZUA TERME (PE) il
08/03/1989 residente a FALERNA (PE), in via CANTINA n. 19

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di ~~appartenere~~/non appartenere ad Associazione/Organizzazione, il cui ambito di interesse interferisce con lo svolgimento della mia attività di collaboratore professionale di _____;
 - se affermativo specificare l'Associazione/Organizzazione di appartenenza:

- di aver avuto/~~non aver avuto~~, negli ultimi tre anni, rapporti diretti/indiretti, di collaborazione con soggetti privati;
 - se affermativo specificare il soggetto privato:
COOPERATIVA SOCIALE "IL GABBIANO"

- che i predetti rapporti di collaborazione sono **intercorsi/intercorrono** con soggetti che **hanno/non hanno** interessi in attività o decisioni inerenti **l'ufficio di assegnazione e/o con l'incarico a me conferito**;
- di impegnarsi ad informare tempestivamente il proprio Responsabile qualora successivamente alla presente sottoscrizione il medesimo, il coniuge, il convivente, i parenti o affini entro il secondo grado avessero rapporti diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti il mio incarico;
- di aver preso visione e di accettare quanto previsto in materia di conflitto di interessi dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e del Codice di Comportamento aziendale.

Data e luogo Milano 06/10/2021

IL DICHIARANTE

