

ALLEGATO 7

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome COPPOLA SALVATORE
Indirizzo VIA GUIDO JUNG ,7 PALERMO, CAP:90142
Telefono **091-5609189**
Fax
E-mail **SACOP63@LIBERO.IT**

Nazionalità ITALIANA
Data di nascita 16/11/1963

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *DAL 15/01/90 AL 11/07/91*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore *POLICLINICO DI PALERMO "ISTITUTO DI CLINICA MEDICA E TERAPIA MEDICA I," DIRETTA DAL PROF. GD BOMPIANI*
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità *STUDENTE INTERNO VOLONTARIO*
- Date (da – a) *DAL 11/07/91 AL 30/06/92*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore *POLICLINICO DI PALERMO, "ISTITUTO DI CLINICA MEDICA E TERAPIA MEDICA I" DIRETTA DAL PROF. GD BOMPIANI*
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità *MEDICO VOLONTARIO*
- Date (da – a) *DAL 01/01/92 AL 31/12/94*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore *CROCE ROSSA ITALIANA*
- Tipo di impiego *VOLONTARIO*
- Principali mansioni e responsabilità *MEDICO DI PRONTO SOCCORSO*
- Date (da – a) *DAL 01/07/92 AL 31/12/93*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore *POLICLINICO DI PALERMO "CATTEDRA DI PATOLOGIA CHIRURGICA E PROPEDEUTICA CLINICA C.L.O.*
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità *MEDICO VOLONTARIO*

- Date (da – a) *DAL 01/01/94 AL 10/10/96*
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore *USL N° 6*
 - Tipo di impiego *AUTONOMO LIBERO PROFESSIONISTA*
 - Principali mansioni e responsabilità *MEDICO DI GUARDIA MEDICA NOTTURNA,PREFESTIVA, E FESTIVA*

- Date (da – a) *DAL 01/02/03 AI 01/06/2012*
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore *USL N° 6*
 - Tipo di impiego *AUTONOMO LIBERO PROFESSIONISTA*
 - Principali mansioni e responsabilità *MEDICO TITOLARE DI GUARDIA MEDICA NOTTURNA,PREFESTIVA, E FESTIVA*

- Date (da – a) *DAL 14/03/02 AL 30/04/2010*
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro *CASA SERENA SMS VIA REGIONE SICILIANA 1953*
 - Tipo di azienda o settore *ENTE FORMAZIONE PROFESSIONALE*
 - Tipo di impiego *LIBERO DOCENTE*
 - Principali mansioni e responsabilità *DOCENTE DA MARZO DEL 2002 IN : ANATOMIA E FISILOGIA UMANA ,IGIENE E ALIMENTAZIONE,PRIMO SOCCORSO,PATOLOGIA DEGLI HANDICAP.GERIATRIA*

- Date (da – a) *DAL 01/05/2010 AI 30/11/2015*
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro *A.N.F.E*
 - Tipo di azienda o settore *ENTE FORMAZIONE PROFESSIONALE*
 - Tipo di impiego *LIBERO DOCENTE*
 - Principali mansioni e responsabilità *DOCENTE DA MARZO DEL 2002 IN : (ANATOMIA E FISILOGIA UMANA ,IGIENE E ALIMENTAZIONE,PRIMO SOCCORSO,PATOLOGIA DEGLI HANDICAP,GERIATRIA)TALI MODULI LI SVOLGO DA 10 NNI .DA MAGGIO DEL 2011:(ELEMENTI DI FARMACOLOGIA,MALATTIE DELL'INFANZIA,GESTIONE STUDIO MEDICO),TALI MODULI LI SVOLGO DA 5 ANN)*

- Date (da – a) *DAL 01/02/03 A TUTT'OGGI*
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore *ASP PALERMO N° 6*
 - Tipo di impiego *AUTONOMO LIBERO PROFESSIONISTA*
 - Principali mansioni e responsabilità *MEDICO DI MEDICINA GENERALE .*

- Date (da – a) *DAL 01/02/08 A TUTT'OGGI*
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro *ASSESSORATO REGIONALE DELLA SAUTE ,REGIONE SICILIANA*
 - Tipo di azienda o settore *ASP PALERMO N° 6*
 - Tipo di impiego *TUTOR (ISCRITTO NELL'ELENCO REGIONALE DEI MEDICI TUTOR PER LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE)*
 - Principali mansioni e responsabilità *TUTOR NEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE.*

- Date (da – a) *DAL 21/12/08 A TUTT'OGGI*
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore *ASP PALERMO N° 6*
 - Tipo di impiego *PARTECIPA ALLA ASSOCIAZIONE IN RETE MISTA (GRUPPO / RETE)*
 - Principali mansioni e responsabilità *MEDICO DI MEDICINA GENERALE IN RETE .*

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) DAL 01/01/1982 al 11/07/1991
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
 - Qualifica conseguita DOTTORE IN MEDICINA E CHIRURGIA
- Date (da – a) DAL 10/10/96 AL 10/10/98
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ISTITUTO DI PATOLOGIA GENERALE
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio MEDICO VOLONTARIO VINCITORE DI BORSA DI STUDIO
 - Qualifica conseguita "ATTESTATO DI FREQUENZA"
- Date (da – a) DAL 20/12/1998 AL 21/12/2000
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ISPETTORATO SANITA' REGIONE SICILIANA
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA GENERALE
 - Qualifica conseguita "ATTESTATO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE"
- Date (da – a) 2-3 DICEMBRE 2004
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione CENTRO ANDROS DAY SURGERY VIA AUSONIA 43, PALERMO
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio "ATTESTATO DI BASIC- LIFE- SUPPORT"
- Date (da – a) DA DICEMBRE 2004 A TUTT'OGGI
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione CORSI DI AGGIORNAMENTO - ECM ORDINE DEI MEDICI- ASP DI PALERMO –ASSESSORATA ALLA SANITA'
 - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio MALATTIE CARDIOVASCOLARI, DIABETE , MALATTIE E PREVENZIONE GINECOLOGICHE, TERAPIE ALTERNATIVE DEL DOLORE, DIAGNOSI E TERAPIA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE , MENINGITE: DIAGNOSI E TERAPIA , BPCO DIAGNOSI E TERAPIA 1 , DIAGNOSI E TERAPIE DELLE MALATTIE INFETTIVE UROGENITALI , approccio multidisciplinare alle patologie cardiovascolari e metaboliche : dalla prescrizione al trattamento.
- Qualifica conseguita "ATTESTATI"

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
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

INGLESE

SUFF.

SUFF.

SUFF.

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.

DURANTE LA MIA VITA PROFESSIONALE HO PARTECIPATO ATTIVAMENTE A DEI GRUPPI DI STUDIO SIA COME STUDENTE MA ANCHE COME TUTOR .
HO FREQUENTATO I CORSI DI AGGIORNAMENTO E.C.M.
HO PARTECIPATO A DEI SEMINARI DI STUDIO

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.

HO PARTECIPATO CON IMPEGNO E PROFESSIONALITA' A DIVERSI PROGETTI DI RICERCA MEDICO-SCIENTIFICA CON RELATIVE PUBBLICAZIONI IN RIVISTE SCIENTIFICHE (NEFROPATIA E DIABETE; DIABETE E GRAVIDANZA ; I FIGLI DI MADRE DIABETICHE "STUDIO A LUNGO TERMINE "PROGETTO RENE" . ETILISMO CRONICO ED EPATOPATIA CORRELATA . INSONNIA PATOGENESI E CURE . SINDROME DA OVERLAP DI ASMA E BPCO :ASPETTI EPIDEMIOLOGICI .ALTRESI SONO IMPEGNATO ATTIVAMENTE IN ATTIVITA' SINDACALI NEL RUOLO DI PRESIDENTE PROVINCIALE S.N.A.M.I. DELLA SEDE DI PALERMO, CONSIGLIERE NAZIONALE DEI PROBIVIRI E DELEGATO AL COMITATO CENTRALE (S.N.A.M.I..) ECC..

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

Conoscenza del S.O. Windows e dei programmi applicativi Office,
Autocad e Adobe.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

Nel tempo libero pratico vari tipi di sport a livello non agonistico.

Peculiare passione nella lettura di riviste scientifiche.

Particolare interesse nel campo del modellismo, della filatelia e della numismatica.

Cattolico praticante.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

TIPO B

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

FOTO COPIA DI CARTA D'IDENTITA', COD. FISCALE

Il sottoscritto è a conoscenza che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 455/2000 del 28.Dicembre.2000, le dichiarazioni mendaci, le 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 dal D Leg.s 196/2003 del Giugno . 2003

PALERMO IL 29/01/2025

NOME E COGNOME (FIRMA)

SALVATORE COPPOLA

