

"Il sottoscritto, consapevole che – ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 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, dichiara che le informazioni rispondono a verità. Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR"

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome TRAVANUT, Valeria
Indirizzo
Telefono
Fax
E-mail

Nazionalità Italiana
Data di nascita 05/03/1988

ESPERIENZA LAVORATIVA


- Date (da – a) Dal 16/03/2020
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, via Pozzuolo 330 – 33100 Udine
- Tipo di azienda o settore Dal 16/03/2020 al 31/01/2021 Dirigente medico presso SOPDC dell'ospedale di Udine
- Tipo di impiego Dal 01/02/2021 Dirigente medico presso Csm di Latisana
- Principali mansioni e responsabilità Dirigente medico psichiatra a tempo indeterminato
Dirigente medico

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) Dal 01/11/2015 al 08/11/2019 Scuola di specializzazione in psichiatria presso ASUIUD, Udine, conseguita qualifica di specialista in psichiatria.
- 05/02/2014 Abilitazione alla professione medica presso Università di Bologna.
- Dal 23/09/2007 al 23/10/2013 facoltà di Medicina e Chirurgia presso Università degli Studi di Udine, conseguita laurea specialistica in Medicina e Chirurgia.
- Dal 16/09/2002 al 28/06/2007 liceo classico J. Stellini, Udine, conseguito diploma di maturità classica.
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Si dichiara che, a norma del D.P.R. n. 445/2000, le informazioni contenute nel presente curriculum vitae corrispondono al vero.

Data, 17/01/24

Firma 

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28-12-2000 n. 445 il curriculum è sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero, sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità valido del sottoscrittore.