



## CURRICULUM VITAE

Art. 21, comma 1, della Legge 18 giugno 2009 n. 69

### INFORMAZIONI PERSONALI

COGNOME, Nome	ADAMO SEBASTIANO
Data di nascita	17-07-1945
Posto di lavoro e indirizzo	ARNAS CIVICO 1 RIANIMAZIONE
Profilo professionale e data decorrenza con incarico attuale e data decorrenza	DIRIGENTE MEDICO CON INCARICO DIRIGENZIALE DI TIPO B1 DAL 17-12-1999 E RESPONSABILE CENTRO TERAPIA ANTALGICA DAL 6-9-1995
Telefono lavoro	091-6662924
Fax lavoro	091-6662924
E-mail istituzionale	rianimazione1@ospedalecivicopa.org
n. matricola	01814

### ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da - a)	
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	
• profilo professionale	
• principali incarichi o mansioni svolte	
• profilo professionale	
• principali incarichi o mansioni svolte	

### ISTRUZIONE

#### Titolo di studio

• Data	18-07-1975
• Nome e tipo di istituto di istruzione	Università studi PALERMO
• titolo di studio	LAUREA MEDICINA E CHIRURGIA
• note	<input type="checkbox"/> laurea breve o triennale; <input checked="" type="checkbox"/> laurea specialistica o vecchio ordinamento

#### Eventuali altre lauree

• Data	
• Nome e tipo di istituto di istruzione	
• laurea	
• note	<input type="checkbox"/> laurea breve o triennale; <input checked="" type="checkbox"/> laurea specialistica o vecchio ordinamento

#### Specializzazione post laurea

• Data	11-12-1978
• Nome e tipo di istituto di istruzione	ANESTESIA-RIANIMAZIONE-TERAPIA INTENSIVA
• specializzazione	UNIVERSITA' STUDI PALERMO

**Dottorato di ricerca**

• Data	
• Nome e tipo di istituto di istruzione	
• dottorato di ricerca	

**Altri titoli post laurea**

• Data	
• Nome e tipo di istituto di istruzione	
• titolo conseguito	

**FORMAZIONE**

• Date (da – a)	
• Nome e tipo di istituto di formazione	
• corso / tirocinio / aggiornamento	

**CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI****LINGUE STRANIERE**

• lingua	INGLESE
• livello	<input type="checkbox"/> eccellente / <input checked="" type="checkbox"/> buono / <input type="checkbox"/> elementare
• lingua	
• livello	<input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input type="checkbox"/> elementare

**COMPETENZE INFORMATICHE**

• Office (Word)	<input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input checked="" type="checkbox"/> elementare
• Office (Excel)	<input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input checked="" type="checkbox"/> elementare
• Office (Access)	<input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input checked="" type="checkbox"/> elementare
• Internet (navigazione, posta elettronica)	<input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input checked="" type="checkbox"/> elementare
• Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input checked="" type="checkbox"/> elementare

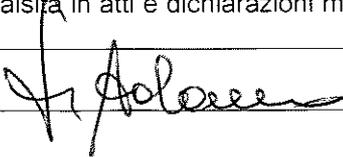
**PUBBLICAZIONI**

• anno/titolo/editore	GUARIGIONE DI ULCERA PLANTARE NEUROGENA
• anno/titolo/editore	STIMOLAZIONE MIDOLLARE EPIDURALE NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLORESE

**ALTRE INFORMAZIONI**

•	
•	

Il sottoscritt, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/11/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Data 17-11-2009	firma 
-----------------	--

N.B.: allegare fotocopia documento di riconoscimento