

**FORMATO EUROPEO PER
IL CURRICULUM VITAE**

Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) **PAOLO GENONI**

Indirizzo(i)

Telefono(i)

Fax

E-mail

Cittadinanza **ITALIANA**

Data di nascita **11\04\1958**

Esperienza lavorativa

Date **DAL 1984-1985 MEDICO ASSISTENTE REPARTO MEDICINA OSP MILITARE
PRINCIPALE DI MILANO**

**1987: MEDICO SPECIALISTA CONVENZIONATO PRESSO L'OSPEDALE MILITARE
PRINCIPALE DI MILANO**

**DAL 1986-1992 DOCENTE IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE PRESSO LA
SCUOLA INFERMIERI PROFESSIONALI OSP.DI BUSTO ARSIZIO**

Lavoro o posizione ricoperti
Principali attività e responsabilità

**DAL 1987 MEDICO DI MEDICINA GENERALE ATS INSUBRIA (TUTTORA)
REFERENTE REGIONALE DELLA LOMBARDIA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICI
SPECIALISTI IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE A.N.S.I.S.A(TUTTORA)**

**DAL 2011AL 2013 MEMBRO DEL COMITATO ETICO DELL'AZIENDA
OSPEDALIERA BUSTO A.**

**PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE SCUOLA DI MEDICINA CARNAGHI-
BRUSADORI ONLUSS
(TUTTORA)**

**DAL 2013-2014 DOCENTE DI SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE PRESSO LA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MEDICI MEDICINA GENERALE -SEDE DI
BUSTO A**

Tipo di attività o settore **MEDICO**

Istruzione e formazione

Date **1977 DIPLOMA DI MATURITA' CLASSICA 60\60**

**1983 LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI
STUDI DI MILANO 110\110**

**1986 DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN TISIOLOGIA E MALATTIE
DELL'APPARATO RESPIRATORIO PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
MILANO**

**1989 DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE
INDIRIZZO DIETETICO PRESSO L'UNIVERSITA'Degli STUDI DI MILANO**

Titolo della qualifica rilasciata

SPECIALISTA IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE INDIRIZZO DIETETICO

Principali tematiche/competenze
professionali possedute

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE
SPECIALISTA IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE CON INDIRIZZO DIETETICO**

Nome e tipo d'organizzazione
erogatrice dell'istruzione e
formazione

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Madrelingua(e)

ITALIANA

Altra(e) lingua(e)

INGLESE

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Lingua

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
BUONO	OTTIMO	BUONO	BUONO	OTTIMO

Capacità e competenze
organizzative e relazionali

ORGANIZZATORE DI CORSI DI AGGIORNAMENTO IN AREA SANITA' E
RELATORE IN CONGRESSI MEDICO SCIENTIFICI

MEMBRO DELL'ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO ALECRIM ATTIVA NEL
CAMPO DELLA DISABILITA' FISICA E PSICHICA

Capacità e competenze
informatiche

OTTIME

Capacità e competenze artistiche

Altre capacità e competenze

Patente

B

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno
2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali (facoltativo)".

Firma

DR. PAOLO GENONI