

Residenza: Via M.T. Cicerone 54 cap 03100
Frosinone Italia

Cellulare: +39-368471701
E-mail: dottorragusa@yhoo.it

Paolo Ragusa

Dati personali

Stato civile: coniugato
Nazionalità: italiana
Data di nascita: 03/07/1948
Luogo di nascita: Frosinone

Istruzione

Luglio 1972 **Laurea in Medicina e Chirurgia**
Università "La Sapienza" di Roma
Novembre 1975 **Specializzazione in "Pediatria e Neonatologia".**
Università "Cattolica del Sacro Cuore" di Roma

Esperienza professionale

Maggio 1974 - oggi *Frosinone*

- Servizio presso P.O. di Frosinone dal 18/05/1974 in qualità di **Dirigente Medico**
- Dal 01/06/1990 Aiuto corresponsabile ospedaliero di **Neonatologia**
- Con deliberazione numero 1893 del 02/12/1994 **responsabile del modulo organizzativo "Day hospital pediatrico"** presso la divisione di pediatria del P.O. di Frosinone dal 01/12/1990

Attività e corsi universitarie

Novembre/Dicembre 2001

- **Corso di Basic Life Support (BLS), Pediatric Basic Life Support e Early Defibrillation**

**Conoscenze
Linguistiche**

- Buona conoscenza della lingua Francese e Inglese scritto e parlato

**Conoscenze
informatiche**

- Microsoft Word, Excel, Powerpoint.

Autorizzo il trattamento dei dati personali come da legge 196/2003.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto

PAOLO RAGUSA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

1. di essere nato a FROSINONE prov. FR il 03.07.1948
2. di essere residente a FROSINONE prov. FR C.A.P. 03100
in via PESCEGNIO NIGRO n. 32
domiciliato in FROSINONE prov. FR C.A.P. 03100
in via PESCEGNIO NIGRO n. 32
telefono 0775.872263 cellulare 368471701 email dottorragusa@yalea.it
3. di essere cittadino ITALIANO
4. di essere di stato civile CONIUGATO (cognome coniuge MICHELI')
5. di essere in possesso del diploma di laurea in: MEDICINA E CHIRURGIA
conseguito il 28-7-1977 presso LA SAPIENZA ROMA con votazione 103/110
6. di essere iscritto al n. 1134 dell'Albo o elenco DEI MEDICI DI FROSINONE
tenuto da Pubblica Amministrazione OPS. MEDICI DI FROSINONE a decorrere da 12-1977
7. di appartenere all'ordine professionale MEDICI DI FROSINONE
8. di essere in possesso dei seguenti titoli LAUREA IN M. e Ch. - SPEC. IN PEDIATRIA
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: RGS PLA48L032810T
10. che il numero di partita IVA è il seguente: 02884440609
11. di essere nel pieno godimento dei diritti politici e civili;
12. di non essere in stato di fallimento o di interdizione o di inabilitazione
13. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
14. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare con immediatezza qualunque variazione attinente le dichiarazioni indicate in precedenza.

Il sottoscritto è a conoscenza che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy e saranno utilizzati esclusivamente al fine dell'iscrizione nel predetto Albo.

Allego alla presente fotocopia del documento di identità personale in corso di validità.

Frosinone,

15-12-17

Il dichiarante

Paolo Ragusa