

**FORMATO EUROPEO PER
IL CURRICULUM VITAE**



Il sottoscritto **Antonio Lombardi**, ai sensi degli art.46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

INFORMAZIONI PERSONALI

| | |
|-----------------|--|
| Nome | Antonio Lombardi |
| Indirizzo | Via Borgo Murata, n. 163/A – Arce (FR) |
| E-mail | antoniolom1957@gmail.com |
| Nazionalità | Italiana |
| Data di nascita | 08/04/1957 |

ESPERIENZA LAVORATIVA

| | |
|---------------------------------------|--|
| Data (da – a) | Dal 01/01/2019 a tutt'oggi |
| Datore di lavoro | Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone – P.O. “Santa Scolastica” - Cassino |
| Tipo di Azienda o Settore | Azienda Pubblica Regionale - Sanità |
| Tipo di impiego – Qualifica rivestita | Tempo indeterminato – Dirigente Medico |
| Data (da – a) | Dal 03/02/2009 al 31/12/2018 |
| Datore di lavoro | Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone – P.O. “San Benedetto” - Alatri |
| Tipo di Azienda o Settore | Azienda Pubblica Regionale - Sanità |
| Tipo di impiego – Qualifica rivestita | Tempo indeterminato – Dirigente Medico |
| Data (da – a) | dal 02/01/2004 al 02/02/2009 |
| Datore di lavoro | Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone – P.O. Alatri/Anagni |
| Tipo di Azienda o Settore | Azienda Pubblica Regionale - Sanità |
| Tipo di impiego – Qualifica rivestita | Tempo indeterminato – Dirigente Medico |
| Data (da – a) | Dal 31/12/1991 allo 01/01/2004 |
| Datore di lavoro | Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone – P.O. Frosinone |
| Tipo di Azienda o Settore | Azienda Pubblica Regionale - Sanità |
| Tipo di impiego – Qualifica rivestita | Tempo indeterminato – Dirigente Medico |
| Data (da – a) | Dal 01/07/1991 allo 30/11/1991 |
| Datore di lavoro | Azienda Unità Sanitaria Locale Frosinone – P.O. Frosinone |
| Tipo di Azienda o Settore | Azienda Pubblica Regionale - Sanità |
| Tipo di impiego – Qualifica rivestita | Tempo indeterminato – Dirigente Medico |
| Data (da – a) | Dal 01/12/1989 allo 31/03/1990 |
| Datore di lavoro | Azienda Sanitaria Locale Frosinone – FR4 – P.O. Frosinone |
| Tipo di Azienda o Settore | Azienda Pubblica Regionale - Sanità |
| Tipo di impiego – Qualifica rivestita | Tempo determinato – Tempo definito - Dirigente Medico |
| Data (da – a) | Dal 01/04/1990 allo 30/06/1991 |
| Datore di lavoro | Azienda Sanitaria Locale Frosinone – FR4 – P.O. Frosinone |
| Tipo di Azienda o Settore | Azienda Pubblica Regionale - Sanità |
| Tipo di impiego – Qualifica rivestita | Tempo determinato – Tempo pieno - Dirigente Medico |

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

| | |
|---|--|
| Data | Ottobre 1985 |
| Nome e tipo di Istituto di Istruzione o formazione | Università degli Studi “Federico II” - Napoli |
| Principali materie/abilità professionali oggetto dello studio | I ^a Facoltà di Medicina e Chirurgia |
| Qualifica conseguita | Laurea in Medicina e Chirurgia |

**AZIENDA USL FROSINONE
PO S.SCOLASTICA GASSINO
REP. PEDIATRIA NIDO
RESP. DR. A. LOMBARDI**

Abilitazione Professionale

I^a Sessione – Anno 1986

Iscrizione Albo

Medici Chirurghi della Provincia di Frosinone dal 29/01/1987 con numero 2214

INCARICHI PROFESSIONALI

| | |
|---------------|--|
| Data (da – a) | Dal 01/08/2005 al 03/05/2007 |
| Incarico | Incarico quinquennale Struttura Semplice “Neonatologia” – Polo A |
| Data (da – a) | Dal 05/10/2010 al 04/10/2013 |
| Incarico | Incarico Professionale triennale di “Nefrologia” – S.C. Pediatria – P.O. Alatri |
| Data (da – a) | Dal 01/12/2018 |
| Incarico | Incarico Alta Specialità di “Gastroenterologia Pediatrica” – UOC Pediatria – P.O. “Santa Scolastica” - Cassino |
| Data (da – a) | Dal 01/02/2020 a tutt’oggi |
| Incarico | Incarico di Responsabile UOC Pediatria – P.O. “Santa Scolastica” - Cassino |

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del d.lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cassino, 15 luglio 2020

Dott. Antonio Lombardi

**AZIENDA USL FROSINONE
PO S.SCOLASTICA CASSINO
REP. PEDIATRIA NIDO
RESP. DR. A. LOMBARDI**