

FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

SEBASTIANI MARINA

Indirizzo

Telefono

E-mail

marina.sebastiani@aslfrosinone.it

PEC: marina.sebastiani.y5xk@fr.omceo.it

Nazionalità

Italiana

Data e luogo di nascita

19/03/1964, ALATRI (FR)

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)

2020, dal 01/04 ad oggi

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

ASL Frosinone
V. A. Fabi, snc Frosinone

• Tipo di azienda o settore

Azienda Ospedaliera
U.O.C. Malattie Infettive P.O. Frosinone

• Tipo di impiego

Contratto professionale a tempo indeterminato a tempo pieno

Principali mansioni e responsabilità *Dirigente medico*

• Date (da – a)

2018, da 08/maggio al 31/03/2020

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

ASL Frosinone
V. A. Fabi, snc Frosinone

• Tipo di azienda o settore

Azienda Ospedaliera
U.O.C. Malattie Infettive P.O. Frosinone

• Tipo di impiego

Contratto professionale a tempo determinato a tempo pieno

Principali mansioni e responsabilità *Dirigente medico*

• Date (da – a)

2017-2018, da 07/maggio a 07/maggio

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

ASL Frosinone
V. A. Fabi, snc, Frosinone

• Tipo di azienda o settore

Azienda Ospedaliera
U.O.C. Malattie Infettive P.O. Frosinone

• Tipo di impiego

Contratto di prestazione d'opera libero professionale come consulente medico nella disciplina di Malattie Infettive

Principali mansioni e responsabilità

Consulente medico, attività clinica

• Date (da – a)

2008 – 2017, 30 aprile

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

Terme Pompeo Srl,
V. Casilina Km 76, Ferentino (FR)

• Tipo di azienda o settore

Stabilimento termale in convenzione con il SSN

• Tipo di impiego

Contratto di prestazione d'opera libero professionale

Principali mansioni e responsabilità

Medico di accettazione alle cure, assistenza agli utenti, erogazione di terapia nell'ambito dell'attività termale;

• Date (da – a)

Responsabile della Gestione del Rischio Clinico

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

• Tipo di azienda o settore

2007-2016

• Tipo di impiego

Medici di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta

Principali mansioni e responsabilità

Ambulatorio di Medicina Generale in convenzione con il SSN

*Incarichi di breve periodo per Medici di Medicina Generale/
Pediatra di libera scelta*

*Attività medica come sostituto in Ambulatori di Medicina Generale e
Pediatría*

- Date (da – a) **2005-2008**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ANLAIDS – Associazione Nazionale per la Lotta all'AIDS
Via Giolitti Roma
- Tipo di azienda o settore *Educazione sanitaria nelle scuole secondarie*
- Tipo di impiego *Docenza di educazione sanitaria sui temi della prevenzione e cura delle MST/HIV in classi delle scuole Medie Superiori*
- Principali mansioni e responsabilità *Didattica frontale in tema di prevenzione, diagnosi e cura delle MST/HIV*

- Date (da – a) **2004 – 2010**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Policlinico Umberto I di Roma - Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali – Viale del Policlinico 155, Roma*
- Tipo di azienda o settore *Ambulatorio per Popolazioni Migranti*
- Tipo di impiego *Assistenza sanitaria per immigrati con STP*
- Principali mansioni e responsabilità *Assistenza, diagnosi e cura delle patologie delle popolazioni Migranti*

- Date (da – a) **2003 – 2008**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Policlinico Umberto I di Roma - Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali*
- Tipo di azienda o settore *V.le del Policlinico 155, Roma*
- Tipo di impiego *Azienda Ospedaliera*
- Principali mansioni e responsabilità *Attività clinico-assistenziale in reparti di degenza, in struttura di Day Hospital ed Ambulatorio di Malattie Infettive e Tropicali, attività di ricerca*

- Date (da – a) **1985 – 2002**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Cooperativa Capodarco, Roma*
Cooperativa ISKRA, Roma;
Prof. Girardi Giulio, docente filosofia, Roma
- Tipo di azienda o settore *Assistenza “diversamente abili”;*
segreteria
- Tipo di impiego *Assistenza handicap psico-fisici;*
segretaria, organizzazione biblioteca privata.

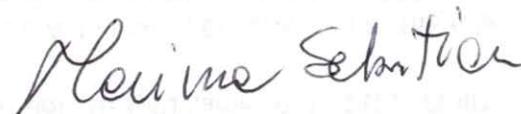
ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) **2007 al 2010**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *Dottorato di Ricerca in “Scienze infettivologiche e delle terapie immunologiche”*
presso l' Università degli Studi di Roma “Sapienza”; dipartimento Malattie Infettive e tropicali.
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio *Attività di ricerca rivolta a valutare gli effetti collaterali della terapia antiretrovirale in una popolazione di bambini/adolescenti HIV infetti*
- Qualifica conseguita *Dottore di ricerca in Scienze infettivologiche e delle terapie immunologiche*

<ul style="list-style-type: none"> • Date (da – a) • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione • Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio • Qualifica conseguita • Date (da – a) • Qualifica conseguita • Date (da – a) • Qualifica conseguita • Date (da – a) • Qualifica conseguita 	<p>2003-2007</p> <p><i>Scuola di specializzazione in Malattie Infettive, Università degli Studi di Roma "Sapienza"</i></p> <p><i>Malattie Infettive e Tropicali. Frequenza quotidiana c/o Reparti di degenza adulti/ pediatrico, strutture di Day Hospital ed ambulatoriali dipartimentali. Attività di guardia interdivisionale infrasettimanale, festiva e notturna presso i reparti di Malattie Infettive e di Malattie Tropicali del Policlinico Umberto I° (RM)</i> <i>Medico specialista in Malattie Infettive</i></p> <p>2003</p> <p><i>Abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, Università degli Studi "La Sapienza", Roma</i></p> <p>2003</p> <p><i>Laurea in Medicina e Chirurgia , l'Università degli Studi "La Sapienza". Medico Chirurgo</i></p> <p>1983</p> <p><i>Diploma di Maturità Classica</i></p> <p><i>Nell' ambito della formazione specialistica medica: approfondimento della patologia pediatrica nel contesto delle Malattie Infettive</i></p> <p>CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI</p> <p>MADRELINGUA ITALIANO</p> <p>ALTRE LINGUA FRANCESE: LETTO, SCRITTO, PARLATO BUONA CONOSCENZA INGLESE: LETTO, SUFFICIENTE CONOSCENZA</p> <p>COMPETENZE INFORMATICHE CONOSCENZA APPLICATIVI DI MICROSOFT E PACCHETTO OFFICE</p>
---	---

"La sottoscritta è a conoscenza che, ai sensi dell'art.76 del DPR 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. Inoltre, la sottoscritta consapevole dei relativi al capo III del Reg. UE 679/16-GDPR, con la sottoscrizione del presente documento, presta esplicito ed inequivocabile consenso ex art. 7 Reg. UE 679/16, al trattamento dei propri dati personali ai fini per cui il presente CV viene richiesto".

Alatri, 01/09/2022



**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE
E DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ**

(ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dall'art. 1 comma 42
lettera h

L. 190/2012 e dall'art. 20 del D.Lgs. 39/2013)

Il sottoscritto SEBASTIANI MARINA,
Nato a _____Alatri_____ il 19/03/1964
Codice fiscale SBSMRN64C59A123N
in relazione al seguente incarico _DIRIGENTE MEDICO C/O M. INFETTIVE
conferito con REGOLARE CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DEL 01/04/2020__

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- Che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012
- Che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 39/2013, a svolgere incarichi per l'Azienda ASL Frosinone.
- Di non prestare attività libero-professionale

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

AUTORIZZA

La pubblicazione dei presenti dati sul sito web dell'Azienda ASL Frosinone.

Data 01/09/2022


Firma