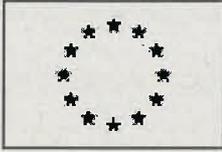


CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome/Nome **MASSASSO ALBERTO**
Indirizzo **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
Telefono/Cell **XXXXXXXXXX**
Fax **XXXXXXXXXX**
E-mail **XXXXXXXXXXXX@XXXXXX**
Nazionalità italiana
Data e luogo di nascita Torino 22/03/1959
Codice fiscale **XXXXXXXXXX**

COMUNE DI LEINI
 Arrivato il **20 AGO. 2019**
 Posta in arrivo Prot. N. **XXXXXX**
 Tit.CL.

ESPERIENZA LAVORATIVA

- *Date (da - a)* dal 9/1985 al 12/1998

- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* Istituto Medicina dello Sport – via Filadelfia 88 - Torino
- *Tipo di azienda o settore* Sanità
- *Tipo di impiego* Consulente
- *Principali mansioni e responsabilità* Medico Specialista Medicina dello Sport To

- *Date (da - a)* **Dal 29/10/1990 al 31/01/1991**

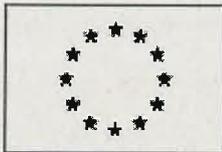
- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* USSL TO2 TORINO
- *Tipo di azienda o settore* Sanità
- *Tipo di impiego* Dipendente
- *Principali mansioni e responsabilità* **Assistente Medico USSL TO 2 Servizio Medicina Legale con funzioni di medicina dello sport**

- *Date (da - a)* dal 01/02/1991 al 1996

- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* USSL TO 7 To
- *Tipo di azienda o settore* Sanità
- *Tipo di impiego* Dipendente
- *Principali mansioni e responsabilità* **Responsabile U.O.N.A. Medicina dello Sport USSL TO 7**

- *Date (da - a)* dal 1996 al 1999

CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

<i>Cognome/Nome</i>	MASSASSO ALBERTO
<i>Indirizzo</i>	VIA CROVACCA 19 10140 LEINI (TO)
<i>Telefono/Cell</i>	33/804627X
<i>Fax</i>	011/9976743X
<i>E-mail</i>	albertmassaso@bouno.it
<i>Nazionalità</i>	italiana
<i>Data e luogo di nascita</i>	Torino 22/03/1959
<i>Codice fiscale</i>	MSSSLRT59C22219C

ESPERIENZA LAVORATIVA

- *Date (da – a)* dal 9/1985 al 12/1998

- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* Istituto Medicina dello Sport – via Filadelfia 88 - Torino
 - *Tipo di azienda o settore* Sanità
 - *Tipo di impiego* Consulente
 - *Principali mansioni e responsabilità* Medico Specialista Medicina dello Sport To
 - *Date (da – a)* **Dal 29/10/1990 al 31/01/1991**

- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* USSL TO2 TORINO
 - *Tipo di azienda o settore* Sanità
 - *Tipo di impiego* Dipendente
 - *Principali mansioni e responsabilità* **Assistente Medico USSL TO 2 Servizio Medicina Legale con funzioni di medicina dello sport**
 - *Date (da – a)* dal 01/02/1991 al 1996

- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* USSL TO 7 To
 - *Tipo di azienda o settore* Sanità
 - *Tipo di impiego* Dipendente
 - *Principali mansioni e responsabilità* **Responsabile U.O.N.A. Medicina dello Sport USSL TO 7**
 - *Date (da – a)* dal 1996 al 1999

- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* ASL4 TORINO
- *Tipo di azienda o settore* Sanità
 - *Tipo di impiego* Dipendente
 - *Principali mansioni e responsabilità* **Dirigente Medico I livello ASL4 Torino assegnato all'U.O.N.A. /Struttura semplice di Medicina dello Sport**
- *Date (da - a)* Dal 01/04/1999 al 2008 :
- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* ASL6 Ciriè
- *Tipo di azienda o settore* Sanità
 - *Tipo di impiego* Dipendente
 - *Principali mansioni e responsabilità* **Dirigente medico ASL6 Ciriè S.C. Medicina Legale con funzioni di Responsabile Medicina dello Sport**
- *Date (da - a)* **Dal 2008 ad oggi**
- *Nome e indirizzo del datore di lavoro* ASLTO4
- *Tipo di azienda o settore* Sanità
 - *Tipo di impiego* Dipendente
 - *Principali mansioni e responsabilità* **Dirigente medico assegnato alla S.S. Medicina dello Sport (Dipartimento Prevenzione- S.C. S.I.S.P.) ASLTO4**
- ISTRUZIONE E FORMAZIONE**
 - *Titolo di studio* **Diploma di maturità scientifica
Laurea in Medicina e Chirurgia
Specializzazione in Medicina dello Sport**
 - *Principali mansioni e responsabilità* **Dal 1991 al 2006 Direttore Tecnico Sanitario di Ambulatorio privato di Medicina dello Sport "Medisport" - Chivasso
Sino al 2008 Componente del Gruppo Regionale di Lavoro per la Medicina dello Sport
Anno 2000: referente asl6 progetto di educazione sanitaria "sport e scuola"
Anno 2003-2004 :referente asl6 progetto regionale di promozione attività fisica nella popolazione giovanile
14/02/2005: nomina come componente del Comitato regionale di controllo per la Medicina dello Sport, quale unico rappresentante delle ASL regionali
Dal 2000 ad oggi Referente Progetto "Proteggiamo la salute" riconosciuto come "buona pratica" nel 2009 dal Formez-CCM
2007/2008 componente gruppo di lavoro regionale/Dors, con ruolo di facilitatore nella "Promozione della salute nei luoghi di lavoro", prevenzione dell'obesità.
dal 2011 ad oggi componente gruppo di progetto aziendale "Pro-muovi Saperi-Sapori" nell'ambito del programma CCM nazionale: Guadagnare Salute in adolescenza : alimentazione e attività fisica.
Nel 2013 inserimento nel gruppo di lavoro aziendale ASLTO4 per la redazione del PLP alla voce "attività fisica ed alimentazione"
Formatore nei corsi ASL per la promozione della salute (corsi aggiornamento aziendali, gruppi di cammino, attività scolastiche ecc..)**

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

PRIMA LINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUE

- *Capacità di lettura*
- *Capacità di scrittura*
- *Capacità di espressione orale*

FRANCESE	INGLESE	TEDESCO
BUONA	DISCRETA	SCOLASTICO
BUONA	SUFFICIENTE	SCOLASTICO
BUONA	SUFFICIENTE	SCOLASTICO

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

Esperienze di formazione intercorse come facilitatore presso DORS, come referente di Progetti di promozione della salute, come co-formatore in progetti aziendali di promozione salute.

Dirigente presso Associazioni Sportive Dilettantistiche

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

Attività di organizzazione e coordinamento del personale sanitario ed amministrativo assegnato alla propria sede di attività

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

Utilizzo di programmi informatici per la gestione delle visite medico sportive e per lo svolgimento delle attività professionali

Utilizzo di attrezzature tecnologiche per espletamento proprie attività professionali

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

Praticante sport a livello agonistico nella specialità del podismo (maratoneta)

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI:

Consapevole delle sanzioni penali, nel senso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'Art n. 76 del DPR 445/2000, dichiaro che quanto precedentemente dichiarato corrisponde a verità.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI:

Ai sensi del D. Lgs n. 196 del 30/06/2003 dichiaro, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall'Art. n. 7 del medesimo D.Lgs.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Anna Schenck", is written over a faint circular stamp.

Data 12/08/2019

FIRMA