

# Curriculum Vitae Europass

## Informazioni personali

Nome / Cognome

**Vittorio Santarelli**

Indirizzo

Telefono

E-mail

[vittorio.santarelli@aslroma3.it](mailto:vittorio.santarelli@aslroma3.it)

Data di nascita

12.12.1977

## Esperienza professionale

Date

16/01/2020 ad oggi

Lavoro o posizione ricoperti

Dirigente delle Professioni Sanitarie Tecniche

Principali attività e responsabilità

Dipartimento delle Professioni Sanitarie – Area Tecnico-Sanitaria

Nome e indirizzo del datore di lavoro

A.S.L. Roma 3 – Via Casal Bernocchi n° 73 , 00125 Roma (RM)

Date

03/11/2006 al 15/01/2020

Lavoro o posizione ricoperti

Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Principali attività e responsabilità

Cardiologia Invasiva

Nome e indirizzo del datore di lavoro

A.U.S.L. Rieti – “P.O “San Camillo de’ Lellis” – Viale Kennedy S.N.C., 02100 Rieti (RI)

Date

Dal 11/10/2004 al 02/11/2006

Lavoro o posizione ricoperti

Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Principali attività e responsabilità

Radioterapia Oncologica

Nome e indirizzo del datore di lavoro

A.U.S.L. Rieti – “P.O “San Camillo de’ Lellis” – Viale Kennedy S.N.C., 02100 Rieti (RI)

Date

Dal 22/3/2004 al 08/10/2004

Lavoro o posizione ricoperti

Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Principali attività e responsabilità

Servizio Speciale di Radiologia e D.E.A. Pediatrico

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Policlinico Umberto I - Via del Policlinico, 155, 00161 Roma (RM)

## Istruzione e formazione

Date

24/10/2008

Titolo della qualifica rilasciata

Corso di Alta Formazione in “Economia e Management in Ospedale”

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

Università degli studi di Roma “La Sapienza”

Date

05/10/2007

Titolo della qualifica rilasciata

Master di 2° livello in “Dirigenza e Docenza in Tecniche Diagnostiche dell’Area Radiologica, Radioterapica e di Laboratorio Biomedico”

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

Università degli studi di Roma “La Sapienza”

Date	16/10/2006
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea Specialistica in “Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche”
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli studi di Roma “La Sapienza”
Date	18/9/2004
Titolo della qualifica rilasciata	Master di 1° livello in “Funzioni di Coordinamento in area Radiodiagnostica e Radioterapica”
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli studi di Roma “La Sapienza”
Date	22/10/2003
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea di 1° livello in “Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia”
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli studi di Roma “La Sapienza”

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che quanto affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

**Firma**

