

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome Marras Maria Angela

Indirizzo

Telefono

E-mail mariaangela.marras@aslsassari.it

Pec

Nazionalità Italiana

Data di nascita 23.12.1960

Esperienze professionali

- | | |
|---|--|
| Date | Dal 12.08.2021 a tutt'oggi |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | Azienda ATS Sardegna |
| • Tipo di azienda o settore | Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona Nord |
| • Tipo di impiego | Direttore facente funzione della Struttura Complessa Cure Territoriali-Centro di Salute Mentale di Sassari |
| • Principali mansioni e responsabilità | Referente SC Cure Territoriali CSM Sassari dal 12.08.2021, con incarico di coordinamento del personale afferente alla SC con supervisione delle attività sanitarie, cliniche, sociali e riabilitative. Responsabile della gestione dei rapporti con Enti Esterni quali: Autorità Giudiziaria, Enti Locali e con tutti gli altri Servizi Sanitari di ATS Sardegna e AOU di vari Distretti |
| | |
| Date | Dal 2019 al 11.08.2021 |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | Azienda ATS Sardegna |
| • Tipo di azienda o settore | Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona Nord |
| • Tipo di impiego | Struttura Semplice Dipartimentale Servizio Riabilitazione Residenze e Semiresidenze Psichiatriche |
| • Principali mansioni e responsabilità | Dirigente Medico responsabile dei progetti terapeutico-riabilitativi semi-residenziali per tutte le UU. OO. del DSMD Zona Nord |
| | |
| Date | Dal 1997 al 2019 |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | Azienda USL n° 1 Sassari |

• Tipo di azienda o settore	CSM
• Tipo di impiego	Dirigente Medico nella disciplina di Psichiatria
• Principali mansioni e responsabilità	Attività clinica

Date	Da gennaio 2000 a dicembre 2007
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Azienda USL n° 1 di Sassari
• Tipo di azienda o settore	CSM
• Tipo di impiego	Dirigente Medico nella disciplina di Psichiatria
• Principali mansioni e responsabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Attività clinica presso il CSM; • Responsabile sanitario della struttura terapeutico-riabilitativa residenziale "Casa Famiglia I Giardini" dell'USL n°1 di Sassari, con funzioni di coordinamento del gruppo di lavoro assegnato, delle attività cliniche, terapeutiche e riabilitative. Inoltre, responsabile dei rapporti con i CSM e il territorio (EE. LL., terzo settore, Autorità Giudiziaria); • Co-responsabile in qualità di Terapeuta Sistemico Relazionale, presso il Centro di Terapia Familiare S. Camillo (Sassari). Incarico di coordinamento dell'attività clinica diretta e di supervisione al gruppo di lavoro costituito da operatori sanitari e sociali, aziendali e del territorio (servizi sociali e neuropsichiatrie infantili)

Date	10 ottobre 1992 assunzione in ruolo a tempo indeterminato
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Azienda USL n° 1 Sassari
• Tipo di azienda o settore	Ospedale Psichiatrico "Rizzeddu" e CSM
• Tipo di impiego	Dirigente Medico nella disciplina di Psichiatria
• Principali mansioni e responsabilità	Attività clinica e riabilitativa. Ruolo attivo nella programmazione, realizzazione del progetto di dimissionamento degli ospiti dall'Ospedale Psichiatrico "Rizzeddu" e attivazione di percorsi di affido eterofamiliare

Istruzione e formazione	
--------------------------------	--

Date	8 Marzo 1987
• Istituto di istruzione	Università degli Studi di Sassari
• Qualifica conseguita	Laurea in Medicina e Chirurgia
Date	1987
• Qualifica conseguita	Abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo
Date	1992
• Qualifica conseguita	Diploma di specializzazione in Neurologia presso l'Università degli Studi di Sassari 1998
Date	
• Istituto di istruzione	IEF Cos (Istituto Europeo Formazione e Consulenza Sistemico Relazionale) con sede a Roma

- Qualifica conseguita Diploma di Terapeuta Familiare
- Date 2007
- Istituto di istruzione presso IEF COSTRE con sede a Cagliari
- Qualifica conseguita Diploma di Didatta Sistemico Relazionale

Madrelingua **Italiano**

Capacità linguistiche

LINGUA STRANIERA	LIVELLO PARLATO	LIVELLO SCRITTO
INGLESE	B2	B2
SPAGNOLO	C2	C2
FRANCESE	B1	B1

Patente **B**

"Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dalla vigente normativa nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero e di essere a conoscenza che l'Ente potrà verificare la veridicità e l'autenticità delle dichiarazioni rese"

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/2003.

Sassari, 23.08.2022

Firma del dichiarante

Dott.ssa Maria Angela Marras

