

CURRICULUM VITAE

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome e Cognome	Alfredo Francesco Molicotti
Data di nascita	
Telefono	
Telefono cellulare	
Indirizzo posta elettronica	alfredofrancesco.molicotti@aslsassari.it
Indirizzo Pec	
Incarico attuale	

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Nome e tipo di istituto
di istruzione o formazione

Laurea in medicina e Chirurgia

• Qualifica conseguita

Specializzazione in Igiene e medicina Preventiva

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)	DAL 26.05.2008 AL 31.07.2016
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASL N.2 OLBIA
• Tipo di azienda o settore	Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
• Tipo di impiego	Dirigente Medico
• Principali mansioni e responsabilità	Ambulatorio Vaccini – certificazioni medico-Legali – igiene edilizia – Prevenzione malattie Infettive – Polizia Mortuaria – Visite Fiscali
• Date (da – a)	DAL 17/08/2016
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASL N.1 SASSARI
• Tipo di azienda o settore	Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN)
• Tipo di impiego	Dirigente Medico

<ul style="list-style-type: none"> • Principali mansioni e responsabilità 	<p>Controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali dei laboratori ed esercizi di produzione, confezionamento, vendita e somministrazione di sostanze alimentari e bevande compresa la ristorazione collettiva (mense aziendali, scolastiche, ospedaliere e socio-assistenziali, centri di cottura)</p> <p>Rilascio certificazione sanitaria per esportazione all'estero di prodotti alimentari</p> <p>Verifica dichiarazioni di inizio attività (D.I.A. Reg. CE 852/04 - Verifica pratiche ed informazione utenza professionale</p> <p>Vigilanza e controllo delle acque destinate al consumo umano (acque potabili)</p> <p>Vigilanza e controllo delle acque minerali</p> <p>Ricezione di reclami o segnalazioni di privati o enti per violazione delle norme igienico sanitarie e della sicurezza alimentare</p> <p>Sorveglianza ed indagine per gli aspetti di competenza in occasione di casi sospetti o accertati di infezione, intossicazioni e tossinfezioni di origine alimentare</p>
--	---

MADRELINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUE

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

[Indicare la lingua]

INGLESE

[Indicare il livello: elementare.]

[Indicare il livello: elementare.]

[Indicare il livello: elementare.]

[INDICARE LA LINGUA]

FRANCESE

[Indicare la lingua]

INGLESE

[Indicare il livello: elementare.]

[Indicare il livello: elementare.]

[Indicare il livello: elementare.]

ALTRO (PARTECIPAZIONE A CONVEGNI, SEMINARI, PUBBLICAZIONI, COLLABORAZIONI A RIVISTE, ECC. ED OGNI ALTRA INFORMAZIONE CHE IL COMPILANTE RITIENE DI DOVER PUBBLICARE)

Partecipazione a convegni, corsi di aggiornamento in qualità di partecipante o di relatore

Il sottoscritto, consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 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, dichiara che le informazioni rispondono a verità.

Il sottoscritto in merito al trattamento dei dati personali esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al d.lgs. n. 196/2003.

Data e data...31/08/2022.....

Firma leggibile

.....*quodicoth*.....