

## CURRICULUM VITAE

### FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE



#### INFORMAZIONI PERSONALI

Nome e Cognome

Ruiu Maria Paola

Data di nascita

22.06.1958

Telefono

Telefono cellulare

3407250274

Indirizzo posta elettronica

mariapaola.ruiu@aslsassari.it

Indirizzo Pec

Incarico attuale

Dir.Medico ex IX>5 ESCL>15/I.P.-C

#### ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a)

1987 Laurea Medicina e Chirurgia Università degli studi Sassari

1991 Specializzazione Igiene e medicina preventiva indirizzo Sanità Pubblica

• Nome e tipo di istituto  
di istruzione o formazione

UNISS

• Qualifica conseguita

Dirigente medico specialista in Igiene Pubblica

#### ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)

**1989 CMASS OZIERI AL 1998**

**1998 SERT SASSARI DIVENTATO DAL**

**2007 DSMD SERD SASSARI**

ASL OZIERI,ASL SASSARI

• Nome e indirizzo del datore di  
lavoro

• Tipo di azienda o settore

Azienda sanitaria

• Tipo di impiego

Assistente Medico poi Dirigente Medico incarico professionale >15aa

• Principali mansioni  
e responsabilità

Prevenzione Diagnosi e Cura Dipendenze e patologie correlate

#### MADRELINGUA

**italiano**

## ALTRE LINGUE

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

## CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

*Con computer, attrezzature  
specifiche, macchinari, ecc.*

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

### [ Indicare la lingua ]**Francese / inglese**

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]Buono

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]Elementare

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]Elementare

UTILIZZO QUANTO RICHIESTO NELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA: ATTREZZATURE E  
PROGRAMMI NECESSARI PER L'ATTIVITÀ

FORMAZIONE SISTEMICO RELAZIONALE (IEFCOS)

FORMAZIONE TRATTAMENTO DIPENDENZA DA TABACCO (ISS)

PARTECIPAZIONE A TUTTI I CONVEGNI E I SEMINARI PROPOSTI  
DALL'AZIENDA: DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE etc.

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...

SS 30.08.2022.....

Firma leggibile

Maria Paola Ruiu.....