

CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

| | |
|---------------------------------------|--|
| Cognome e Nome | BALLORE LUCA |
| Data di nascita | 08.05.1969 |
| Qualifica | DIRIGENTE MEDICO |
| Amministrazione | Azienda Ospedaliera G. Brotzu - Cagliari |
| Incarico attuale | DIRIGENTE MEDICO |
| Numero telefonico dell'ufficio | 070539520 |
| Fax dell'Ufficio | 070541388 |
| Email istituzionale | LUCABALLORE@AOB.IT |

TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

| Titolo di studio | LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA – UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI SASSARI | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|--|--------|-----------------|-----------------|---------|-------------|-------------|--|--|--|--|--|--|
| Altri titoli di studio e professionali | SPECIALIZZAZIONE IN CARDIOCHIRURGIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Esperienze professionali (incarichi ricoperti) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacità linguistiche | <table><tr><th>Lingua</th><th>Livello parlato</th><th>Livello scritto</th></tr><tr><td>INGLESE</td><td>SUFFICIENTE</td><td>SUFFICIENTE</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | Lingua | Livello parlato | Livello scritto | INGLESE | SUFFICIENTE | SUFFICIENTE | | | | | | |
| Lingua | Livello parlato | Livello scritto | | | | | | | | | | | | | |
| INGLESE | SUFFICIENTE | SUFFICIENTE | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacità nell’uso delle tecnologie | BUONE CAPACITA’ NELL’USO DEL PC E SOFTWARE | | | | | | | | | | | | | | |
| Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazioni a riviste ecc., ed ogni altra informazione che si ritiene dover pubblicare) | DIVERSE PUBBLICAZIONI SU RIVISTE NAZIONALI ED INTERNAZIONALI, NUMEROSE PARTECIPAZIONI A CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI NAZIONALI ED INTERNAZIONALE | | | | | | | | | | | | | | |

Firma



Curriculum anno 2017

Spettabile Azienda Ospedaliera Brotzu
Invio email curriculumdirigenti@aob.it

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E DI INCONFERIBILITA' AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013.

Il/la sottoscritto/a LUCA BALLORE

Nat_ a SARDARA il 08.05.1969

ai fini dell'attribuzione dell'incarico di

DIRIGENTE MEDICO,

sotto la propria responsabilità ai sensi degli Articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, e conscio delle responsabilità penali, che l'Articolo 76 dello stesso Decreto, pone in capo a chi rende dichiarazioni mendaci ad una Pubblica Amministrazione al fine di ottenere dalla stessa un beneficio,

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013.

Dichiaro inoltre di impegnarmi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di inconferibilità o di incompatibilità contemplata dal D.Lgs. n. 39/2013, a darne tempestiva comunicazione.

Firma



Data 19.02.2018

CURRICULUM 2017