

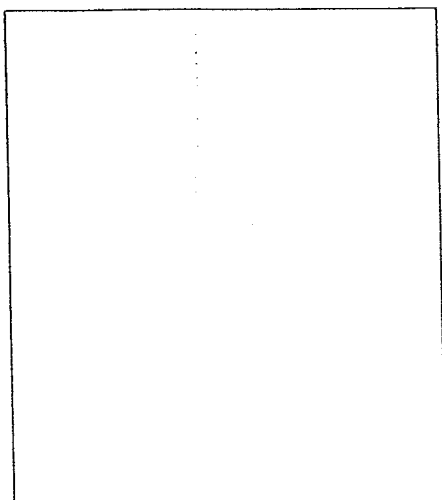
CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome	MASSIDDA STEFANIA
Data di nascita	27.08.1968
Qualifica	Dirigente Medico
Amministrazione	Azienda Ospedaliera G. Brotzu - Cagliari
Incarico attuale	Dirigente Medico - SC Ematologia e CTMO Ospedale Oncologico "A. Businco"
Numero telefonico dell'ufficio	070 52965591-5416
Fax dell'Ufficio	070 52965317
Email istituzionale	stefania.massidda@aob.it

TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI ED ESPERIENZE LAVORATIVE

Titolo di studio	Laurea in Medicina e Chirurgia (1996) Votazione: 110/110 con lode e		
Altri titoli di studio e professionali	Specializzazione in Oncologia - indirizzo medico (1999) votazione: 50/50 con lode		
Esperienze professionali (incarichi ricoperti)	Giugno 2001 - tutt'oggi: dirigente medico SC Ematologia e CTMO Ospedale Oncologico "A. Businco"		
Capacità linguistiche	Lingua	Livello parlato	Livello scritto
	Inglese	buono	buono
Capacità nell'uso delle tecnologie	Ottima conoscenza dei principali applicativi in ambiente Windows e uso di Internet. Conoscenza dei sistemi informatici sanitari SISaR.		
Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazioni a riviste ecc., ed ogni altra informazione che si ritiene dover pubblicare)	Attualmente: interesse primario nella diagnosi, trattamento e <i>follow up</i> delle sindromi linfoproliferative croniche, in particolare del linfoma di Hodgkin. Diagnosi, terapia e <i>follow up</i> delle patologie ematologiche ed onco-ematologiche.		



Ruolo di investigatore principale e co-investigatore in trials clinici nazionali e internazionali (studi di fase I, II, III), relativi al trattamento del linfoma di Hodgkin.

Partecipa regolarmente a convegni scientifici di argomento ematologico ed emato-oncologico e corsi di aggiornamento, talora in qualità di relatore.

Coautrice di pubblicazioni su riviste scientifiche recensite e abstract.

Firma

Curriculum anno: 2018

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

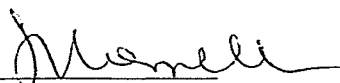
Il/la sottoscritto/a MASSIDDA STEFANIA _____
Nat_a a ____Cagliari_____ il __27/08/1968_____
Residente : ____S. P. _____
Via _____
ai fini dell'attribuzione dell'incarico di
____DIRIGENTE MEDICO_____,

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 __09/01/2017__ 