

CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	DI BARTOLOMEO DR. RAFFAELE
Indirizzo	VIA DELLE ACACIE 23 - 80040 SAN SEBASTIANO AL VESUVIO (NA)
Telefono	3332404216
Studio	817754185
E-mail	Raffaele.dibartolomeo@virgilio.it
Nazionalità	Italiana
Data di nascita	08/02/1958 A PORTICI

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (01/04/1984 – 11/03/2021)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- STUDIO ODONTOIATRICO DI BARTOLOMEO DR RAFFAELE
- ODONTOIATRIA
ODONTOIATRA
TITOLARE STUDIO

ISTRUZIONE E FORMAZIONI

- Date (30/07/1976)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita
- ISTITUTO "FILIPPO SILVESTRI" LICEO SCIENTIFICO PORTICI
- MATURITA' SCIENTIFICA
-
- Date (11/11/1983)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita
- UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
- LAUREA "MEDICINA E CHIRURGIA"
-
- Date (30/12/1983)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- ISCRIZIONE ALBO DEI MEDICI CON NUMERO "156" ; TRASFERITO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEGLI ODONTOIATRI IL 29/01/1988 CON NUMERO "142"

CARRIERA POLITICA

- Data (15/06/2013)
 - Data (20/02/2017)
- ELETTO IN CONSIGLIO COMUNALE NELLA CITTA' DI PORTICI
- ELETTO IN COSIGLIO COMUNALE NELLA CITTA' DI PORTICI

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

MADRELINGUA ITALIANO

ALTRE LINGUA

	INGLESE
• Capacità di lettura	BUONO
• Capacità di scrittura	BUONO
• Capacità di espressione orale	BUONO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

.....
(luogo e data)

IL DICHIARANTE.....