

**FORMATO EUROPEO PER  
IL CURRICULUM VITAE**

**Informazioni personali**

Nome(i) / Cognome(i) **PAOLO GENONI**  
Indirizzo(i) **VIA ALBA 15\BIS**  
Telefono(i) **0331 329905**  
Fax **0331 329905**  
E-mail **dr.paologenoni@gmail.com**  
Cittadinanza **ITALIANA**  
Data di nascita **11\04\1958**

**Esperienza lavorativa**

Date **DAL 1984-1985 MEDICO ASSISTENTE REPARTO MEDICINA OSP MILITARE PRINCIPALE DI MILANO**  
**1987: MEDICO SPECIALISTA CONVENZIONATO PRESSO L'OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI MILANO**  
**DAL 1986-1992 DOCENTE IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE PRESSO LA SCUOLA INFERMIERI PROFESSIONALI OSP.DI BUSTO ARSIZIO**

Lavoro o posizione ricoperti  
Principali attività e responsabilità

**DAL 1987 MEDICO DI MEDICINA GENERALE ATS INSUBRIA ( TUTTORA)**  
**REFERENTE REGIONALE DELLA LOMBARDIA DELL' ASSOCIAZIONE SPECIALISTI IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE A.N.S.I.S.A( TUTTORA)**  
**DAL 2011AL 2013 MEMBRO DEL COMITATO ETICO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA BUSTO A.**  
**PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE SCUOLA DI MEDICINA CARNAGHI-BRUSADORI ONLUSS-PROVIDER ECM (TUTTURA)**

**DAL 2013-2014 DOCENTE DI SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE PRESSO LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MEDICI MEDICINA GENERALE –SEDE DI BUSTO A**

Tipo di attività o settore

**MEDICO**

**Istruzione e formazione**

Date **1977 DIPLOMA DI MATURITA' CLASSICA 60\60**  
**1983 LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO 110\110**  
**1986 DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN TISILOGIA E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO**  
**1989 DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE INDIRIZZO DIETETICO PRESSO L'UNIVERSITA'DEGLI STUDI DI MILANO**

Titolo della qualifica rilasciata

**SPECIALISTA IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE INDIRIZZO DIETETICO**

Principali tematiche/competenze professionali possedute

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE**  
**SPECIALISTA IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE CON INDIRIZZO DIETETICO**

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Madrelingua(e)

**ITALIANA**

Altra(e) lingua(e)

**INGLESE**

Autovalutazione

*Livello europeo (\*)*

**Lingua**

Comprensione		Parlato		Scritto			
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale	
	BUONO		OTTIMO		BUONO		OTTIMO

Capacità e competenze organizzative e relazionali

ORGANIZZATORE DI CORSI DI AGGIORNAMENTO IN AREA SANITA' E  
RELATORE IN CONGRESSI MEDICO SCIENTIFICI

MEMBRO DELL'ASSOCIAZIONE DI VOLONATARIATO ALECRIM ATTIVA NEL  
CAMPO DELLA DISABILITA' FISICA E PSICHICA

Capacità e competenze informatiche

OTTIME

Capacità e competenze artistiche

Altre capacità e competenze

Patente

B

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali (facoltativo)".

**Firma**

DR. PAOLO GENONI