

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Nazionalità

Data di nascita

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (dal 1996 a oggi)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (dal 1995 a oggi)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

SANVITO PIERPAOLO

TITOLARE DI STUDI DENTISTICI A BARI E MONOPOLI

Sanitario branca odontoiatria e protesi dentaria

Titolare

Titolare

Titolare di studi odontoiatrici a Bari e Monopoli, frequentato il Reparto di Odontoiatria presso l'Ospedale "Casa Sollievo Della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo e di Reparto di Parodontologia dell'Università degli Studi di Verona Reparto Direttore Prof. Urbani.

Master teorico pratico di perfezionamento in implantologia presso L'Università degli Studi G.D' Annunzio di Chieti e Pescara e l'Università Federico II di Napoli.

Ufficiale Guardiamarina Odontoiatra del 34esimo Corso AUC della Accademia Navale di Livorno, destinato alla infermeria della M.M. di Brindisi presso MARINFERM come responsabile del gabinetto odontoiatrico, poi in temporaneo imbarco presso la Nave Scuola Amerigo Vespucci come responsabile del gabinetto odontoiatrico.

Il 07.04.1995 laurea in odontoiatria presso l'Università degli Studi di Bari con la votazione di 110 e concessione della lode, abilitazione all'esercizio della professione odontoiatrica nella I sessione del 1995, iscritto all'albo odontoiatri OMCEO Bari al n 915 dal 31.05.1995, precedentemente diploma presso il Liceo Scientifico Marie Curie di Monopoli.

LAUREA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, DIPLOMA DI LICEO SCIENTIFICO

STUDIO DI ESTETICA DENTALE, SBIANCAMENTI PROFESSIONALI, IMPLANTOLOGIA, ORTODONZIA, PROTESI, ENDODONZIA CONSERVATIVA E PEDODONZIA.

ODONTOIATRA E PROTESISTA DENTALE

LAUREA MAGISTRALE

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

ALTRE LINGUA

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

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

Firma

ITALIANA

INGLESE

BUONO

BUONO

BUONO

CAPACITÀ LAVORATIVE INDIVIDUALI E CONDIVISE CON ALTRE PERSONE IN EQUIPE, OTTIME CAPACITÀ COMUNICATIVE E RELAZIONALI.

OTTIME COMPETENZE ORGANIZZATIVE CLINICHE E NELLA GESTIONE LAVORATIVA E COORDINAMENTO E AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE, COMPETENZE GESTIONALI E AMMINISTRATIVE

UTILIZZO DEL COMPUTER E PRINCIPALI SUPPORTI TECNOLOGICI E INFORMATICI

GIA' MENZIONATE

PATENTE A E B

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]

[Se del caso, enumerare gli allegati al CV.]

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, v. istruzioni)

Firmato Dott. Sanvito Pierpaolo

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTI DI INTERESSE

Art. 53, comma 14, del Decreto Legislativo n. 165/2001

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a DR SANVITO PIERPAOLO
nato/a a _____ (____), il _____, residente _____ (____),
via/piazza _____, n. _____, codice fiscale _____, con attività professionale
di MEDICO ODONTOIATRA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che le dichiarazioni rese potranno essere oggetto di verifica,

DICHIARA

- **l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Arma dei Carabinieri;**
- **di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Arma dei Carabinieri;**
- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Arma dei Carabinieri eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere successivamente al conferimento dell'incarico.**

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Reg. (UE) 2016/679 (G.D.P.R.), che i dati raccolti con la presente dichiarazione verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Bari,03/02/25

FIRMATO DR SANVITO PIERPAOLO

DICHIARAZIONE RELATIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Art. 15, comma 1, lettera c) del Decreto Legislativo n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ DR SANVITO PIERPAOLO _____
con attività professionale di _____MEDICO ODONTOIATRA_____

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che le dichiarazioni rese potranno essere oggetto di verifica;
- consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito *web* dell'Arma dei Carabinieri, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali di cui al Reg. (UE) 2016/679 (G.D.P.R.),

DICHIARA

- **di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:**

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- **di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:**

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- **di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:**

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Arma dei Carabinieri eventuali variazioni al contenuto della presente dichiarazione.**

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Reg. (UE) 2016/679 (G.D.P.R.), che i dati raccolti con la presente dichiarazione verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data, 03/02/25

Firma del dichiarante*

* Dato oggetto di oscuramento in fase di pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente.