

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **FRASCA VITTORIO**
Indirizzo **[REDACTED]**
Telefono **[REDACTED]**
Fax **[REDACTED]**
E-mail **[REDACTED]**

Nazionalità **[REDACTED]**
Data di nascita **[REDACTED]**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (dal 2012 – ad oggi)
• Nome e indirizzo del datore di lavoro
Medico volontario a titolo gratuito
Reggimento Corazzieri
Caserma Alessandro Negri di Sanfront via Venti Settembre, 12 Roma
- Tipo di impiego
• Principali mansioni e responsabilità
Libero professionista a titolo gratuito
Visite specialistiche ed esami elettromiografici svolti ai militari e loro familiari
- Date (dal 01/01/2020 – al 31/12/2022)
• Nome e indirizzo del datore di lavoro
• Tipo di azienda o settore
• Tipo di impiego
• Principali mansioni e responsabilità
Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa
Azienda Policlinico Umberto I (RM)
Centro SLA
Libero professionista
Medico neurologo
- Date (dal 01/01/2019 – al 31/12/2019)
• Nome e indirizzo del datore di lavoro
• Tipo di azienda o settore
• Tipo di impiego
• Principali mansioni e responsabilità
Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa
Azienda Policlinico Umberto I (RM)
Centro SLA
Libero professionista
Medico neurologo
- Date (dal 01/01/2018 – al 31/12/2018)
• Nome e indirizzo del datore di lavoro
• Tipo di azienda o settore
• Tipo di impiego
• Principali mansioni e responsabilità
Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa
Azienda Policlinico Umberto I (RM)
Centro SLA
Libero professionista
Medico neurologo

- Date (dal 01/01/2017 – al 31/12/2017)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa
Azienda Policlinico Umberto I (RM)
Centro SLA
Libero professionista
Medico neurologo
- Date (dal 24/08/2015 – al 23/08/2016)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa
Azienda Policlinico Umberto I (RM)
Centro SLA
Libero professionista
Medico neurologo
- Date (dal 03/05/2014 – al 02/05/2015)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa*
Azienda Policlinico Umberto I (RM)
Centro SLA
Libero professionista
Medico neurologo
- Date (dal 01/12/2016 – al 30/11/2017)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Contratto per Rinnovo Assegno di Ricerca*
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria
Università di Roma "Sapienza"
- Date (dal 01/12/2015 – al 30/11/2016)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Contratto per Rinnovo Assegno di Ricerca*
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria
Università di Roma "Sapienza"
- Date (dal 01/12/2014 – al 30/11/2015)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Contratto di Assegno di Ricerca*
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria
Università di Roma "Sapienza"
- Date (dal 2008 – ad oggi)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Contratto di collaborazione libero -professionale*
Casa di cura INI- Divisione Grottaferrata
Via Sant'Anna Grottaferrata (RM)
Libero professionista
Medico neurologo
- Date (dal 2009 – al 2018)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Contratto di collaborazione libero -professionale*
Istituto di Cure Fisiche
Via Torino Roma
Libero professionista
Medico neurologo

• Date (dal 03/02/2014 – al 02/05/2014)	Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Azienda Policlinico Umberto I (RM)
• Tipo di azienda o settore	Centro SLA
• Tipo di impiego	Libero professionista
• Principali mansioni e responsabilità	Medico neurologo

• Date (dal 02/11/2010 – al 01/11/2011)	Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Azienda Policlinico Umberto I (RM)
• Tipo di azienda o settore	Centro SLA
• Tipo di impiego	Libero professionista
• Principali mansioni e responsabilità	Medico neurologo

• Date (dal gennaio/2008 – al settembre/2008)	Contratto di collaborazione libero -professionale
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Casa di Cura "Villa dei Pini" Anzio (RM)
• Tipo di impiego	Libero professionista
• Principali mansioni e responsabilità	Medico neurologo

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date 16/05/2011	Dipartimento di Neurologia e Psichiatria
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Università di Roma "Sapienza"
• Qualifica conseguita	<i>Dottore di Ricerca in "Neuroscienze, Chirurgia Maxillo-Facciale e Patologia del Sistema Uditivo"</i>

• Date 05/11/2007	Dipartimento di Neurologia e Psichiatria
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Università di Roma "Sapienza"
• Qualifica conseguita	<i>Specializzazione in Neurologia</i>

• Date 08/10/2002	Iscrizione Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma N° 51844
-------------------	---

• Date 13/11/2001	Facoltà di Medicina e Chirurgia
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Università di Roma "Sapienza"
• Qualifica conseguita	<i>Laurea in Medicina e Chirurgia</i>

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

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

MADRELINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUA

INGLESE

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

*Con computer, attrezzature specifiche,
macchinari, ecc.*

BUONA CONOSCENZA DEI PRINCIPALI ELEMENTI INFORMATICI

ULTERIORI INFORMAZIONI

Co-autore di 50 pubblicazioni su riviste internazionali

"Il sottoscritto Dott. Vittorio Frasca è a conoscenza che, ai sensi dell'art 26 della Legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03."

Roma, 24/11/2025

Dr. Frasca

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 sottoscritto **Dott. Vittorio FRASCA**

con attività professionale di **Neurologia**

- 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	IMI GROTTAFERRATA	CONSULENTE
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 02/03/2026

Firma del dichiarante*



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

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE
POTENZIALI, DI CONFLITTI DI INTERESSE

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

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze della Amministrazioni Pubbliche*", il sottoscritto Ten. Col. Luigi Oropallo, in qualità di Capo Servizio AMministrativo

ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **Dott. Vittorio FRASCA**, non sussistono, allo stato attuale, situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di **collaborazione a tempo determinato, a titolo gratuito, per l'attività specialistica in neurologia, per l'anno 2026**, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

Si dà altresì atto che il/la predetto/a si è impegnato a comunicare tempestivamente all'Arma dei Carabinieri eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere successivamente al conferimento dell'incarico.

Data, 02/03/2026

Firma del dichiarante*

**IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO
E FUNZIONARIO DELEGATO
(Ten. Col. amm. Luigi Oropallo)**

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