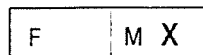


# Curriculum Vitae Europass

## Informazioni personali

Cognome - Nome /genere

**Turco Celestino**



Indirizzo

Telefono/cell.

E-mail

celestino.turco@asugi.sanita.fvg.it

Luogo e data di nascita

Codice Fiscale

## Esperienza professionale

Indicare le esperienze professionali iniziando dalla più recente (da-a)

**Date**

Dal 07.02.2020 a tutt'oggi

Lavoro o posizione ricoperti

Direttore di Struttura Complessa di Riabilitazione di Gorizia - Monfalcone

Principali attività e responsabilità

Direzione di struttura Complessa

Nome e indirizzo del datore di lavoro

ASUGI- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina- Via Costantino Costantinides, 2  
34128 TRIESTE (TS)

Tipo di attività o settore

Direzione Struttura Complessa

**Date**

Dal 20.05.2009 al 06.02.2020

Lavoro o posizione ricoperti

Dirigente Medico, Specialista in Medicina fisica e Riabilitazione- SC di Riabilitazione Gorizia e Monfalcone

Principali attività e responsabilità

Attività clinica, di ricerca, formativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AAS n.2 –Azienda per i Servizi Sanitari "Bassa Friulana-Isontina"- Via Vittorio Veneto 174, Gorizia

Tipo di attività o settore

Tempo indeterminato

**Date**

Dal 01.02.2020 al 01.02.2021 (vedi contratto)

Lavoro o posizione ricoperti

Incarico di natura professionale di Alta Specializzazione denominato "Attività Riabilitativa Territoriale"- SC Riabilitazione di Gorizia e Monfalcone

Principali attività e responsabilità

Attività clinica di raccordo tra attività riabilitative ospedaliere e territoriali

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AAS n.2 –Azienda per i Servizi Sanitari "Bassa Friulana-Isontina"- Via Vittorio Veneto 174, Gorizia

Tipo di attività o settore

Tempo determinato

**Date**

Dal 26.11.2014 al 30.11.2019

Lavoro o posizione ricoperti

Incarico di natura professionale di Alta Specializzazione denominato "Referente per le attività territoriali riabilitative"- SC Riabilitazione di Gorizia e Monfalcone

Principali attività e responsabilità

Attività clinica di raccordo tra attività riabilitative ospedaliere e territoriali

Nome e indirizzo del datore di lavoro

AAS n.2 –Azienda per i Servizi Sanitari "Bassa Friulana-Isontina"- Via Vittorio Veneto 174, Gorizia

Tipo di attività o settore

Tempo determinato

**Date**

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

**Date**

Lavoro o posizione ricoperti  
Principali attività e responsabilità  
Nome e indirizzo del datore di lavoro  
Tipo di attività o settore

**Date**

Lavoro o posizione ricoperti  
Principali attività e responsabilità  
Nome e indirizzo del datore di lavoro  
Tipo di attività o settore

**Istruzione**

Indicare il percorso formativo iniziando dal più recente (da-a)

**Date**

A.A. 2018/19

Titolo della qualifica rilasciata  
Principali tematiche/competenze professionali possedute

Diploma di Master di II° Livello in "Management Sanitario"  
Management Sanitario

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

Università degli Studi "Niccolò Cusano"- Via Don Carlo Gnocchi 3- Roma

**Date**

Dall' A.A. 1998 al 2002

Titolo della qualifica rilasciata  
Principali tematiche/competenze professionali possedute

Diploma di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione  
Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione

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

Seconda Università degli Studi di Napoli

**Date**

A.A. 1997

Titolo della qualifica rilasciata  
Principali tematiche/competenze professionali possedute

Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia  
Medicina e Chirurgia

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

Seconda Università degli Studi di Napoli

**Date**

Titolo della qualifica rilasciata  
Principali tematiche/competenze professionali possedute

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

**Date**

Titolo della qualifica rilasciata  
Principali tematiche/competenze professionali possedute

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

Formazione ECM/NON ECM

Dichiaro di aver assolto all'obbligo dei crediti formativi ECM sino ad oggi

Competenze  
personali

Madrelingua(e)

Italiano

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

Inglese

Lingua

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
A2	A2	A2	A2	A2

(\*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue

Ulteriori informazioni

- Attività di docenza presso il CDLM in Scienze dello Sport , CDL Scienze dello Sport, Tecnico di Radiologia, Tecnico della Prevenzione negli ambienti e luoghi di lavoro, Infermieristica dell' Università degli Studi di Udine
- Attività di docenza presso CDL in Fisioterapia della Seconda Università degli Studi di Napoli
- Attività di docenza presso il CDL in Fisioterapia, Ortottista, Tecnico Ortopedico dell' Università degli Studi di Napoli "Federico II"
- Attività di docenza presso il CDLM in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie preventive e adattate e CDL in Scienze Motorie dell' Università degli Studi di Cassino
- Componente della Commissione Medica Locale (CML) per l'accertamento dei requisiti psico-fisici necessari per il conseguimento della patente di guida dei veicoli a motore

Allegati

Indicare gli allegati al CV (facoltativo)

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel mio curriculum vitae in base all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, dichiara che le informazioni contenute nel presente Curriculum Vitae sono veritiere.

Data 16.07.2021 Firma.....