

CURRICULUM VITAE	
INFORMAZIONI PERSONALI	
Cognome e Nome	VICARI MARIA EMILIA
Data di nascita	26/03/1952
Qualifica	DIRIGENTE MEDICO

Amministrazione	Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo
Incarico attuale	DIRIGENTE MEDICO U.O.C. MEDICINA LEGALE ,FISCALE E INV. CIVILI
Numero telefonico Ufficio	0917033157
Fax Ufficio	0917033194
E-mail istituzionale	servmedleg@asppalermo.org

Titoli di Studio e Professionali ed Esperienze lavorative	
Titolo di Studio	LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA ,17/12/1979,UNIPA
Altri titoli di Studio e Professionali	ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI MEDICO,II SESS.1979,UNIPA, MEDICINA E CHIRURGIA. SPECIALIZZAZIONE IN MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE,20/12/1984,UNIPA OPERATORE SOCIALE PER IL RECUPERO E L'INTEGRAZIONE DEGLI HANDICAPPATI,16/06/1981,ECAP PALERMO. MEDICO ESPERTO IN OMEOPATIA,OMOTOSSICOLOGIA E DISCIPLINE INTEGRATE,17/06/2006,ACCADEMIA DI MEDICINA BIOLOGICA-MILANO-.
Esperienze Professionali (Incarichi ricoperti) <i>Indica le date di inizio e fine e l'Incarico o l'Attività</i>	TIROCINIO PRATICO OSPEDALIERO,ASSISTENTE MEDICO,DAL 01/03/80 AL 21/08/80,OSPEDALE DI CIRCOLO DI LECCO(COMO). MEDICO FISCALE DAL 01/10/1980 AL 31/01/1985,PROVVEDITORATO AGLI STUDI DI PALERMO. MEDICO TITOLARE DI GUARDIA MEDICA NOTTURNA,FESTIVA E PREFESTIVA DAL 15/04/1981 AL 31/12/1995-COMUNE DI PIETRAPERZIA(EN),USL55 PARTINICO,USL59 PALERMO. MEDICO DELLA MEDICINA DEI SERVIZI, PER LA MEDICINA LEGALE E DEL LAVORO,DAL 02/11/1989 AL 15/12/2000,EX USL 61 DI PALERMO. DIRIGENTE MEDICO DI MEDICINA LEGALE E FISCALE , CON RAPPORTO DI TIPO ESCLUSIVO, DAL 16/12/2000 AL 03/07/2016,ASP PALERMO. COMPONENTE MEDICO DELLA XVI COMMISSIONE MEDICA INVALIDI CIVILI,DAL01/01/2004 AL 31/12/2008-ASP PALERMO. DIRIGENTE MEDICO U.O.C.MEDICINA LEGALE,FISCALE E INVALIDI CIVILI-ASP PALERMO-.DAL 04/07/2016 AD OGGI.

Capacità linguistiche	Lingua	Livello Parlato	Livello Scritto
<i>Indica se il livello di conoscenza è scolastico o fluente</i>	FRANCESE	FLUENTE	FLUENTE

Capacità nell'uso delle tecnologie		Capacità
<i>Indica se la capacità è scarsa, buona o ottima</i>	Sistemi Operativi	
	Windows XP, Vista, 7, 8	BUONA
	Linux	
	Mac	
	Altro (specificare)	
	Applicativi	
	Office	BUONA
	Data base	

	Navigazione Internet	BUONA
	Posta Elettronica	BUONA
	Altro (specificare)	

<p>Altro (<i>partecipazione a corsi, convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazione a riviste, ecc., ed ogni altra informazione che il dirigente ritiene di dover pubblicare</i>) <u>Indica le date di inizio e fine e l'Attività</u></p>	<p>CORSO AGG.PER MEDICI DELLA MEDICINA DEI SERVIZI ADDETTI ALLA MEDICINA DEL LAVORO,DAL15/04/1991 AL 19/04/1991-ASS.SANITA' REG. SICILIANA-.</p> <p>CORSO DI AGG. SULLE" TOSSICODIPENDENZE" ,I TRIMESTRE 1981,ORDINE DEI MEDICI DI PALERMO.</p> <p>CORSO DI AGG.TEORICO PRATICO IN MED.GENERALE"IL PRIMO INTERVENTO MEDICO NELL'EMERGENZA"DAL 11/11/1996 AL12/03/1997-ORDINE DEI MEDICI DI PALERMO.</p> <p>CORSO DI AGG.DI "PATOLOGIA GEOGRAFICA" DAL 26/02/88 AL 20/05/88-POLICLINICO DI PALERMO-.</p> <p>EVENTO FORMATIVO "INVALIDITA',INABILITA'" TRA PREVENZIONE E RIABILITAZIONE 29/30 MAGGIO 2003,-ORDINE DEI MEDICI DI AGRIGENTO-.</p> <p>EVENTO FORMATIVO "LA CUSTOMER SATISFACTION IN SANITA'"DAL 25/10 /07 AL 31/10/07,-CENTRO FORMAZIONE SANITARIA SICILIA-.</p> <p>CORSO DI FORMAZIONE "LA GESTIONE MANAGERIALE IN SANITA' 2008" IL 17-17-21-24-25 NOVEMBRE 2008 E IL9-11-12-15 DICEMBRE 2008-CENTRO FORMAZIONE SANITA' SICILIA-.</p> <p>ED ALTRI IN ANNI ANTECEDENTI E SUCCESSIVI.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che ogni dato o notizia contenuta nel presente curriculum coincide con i contenuti della corrispondente copia cartacea agli atti della Struttura di appartenenza.

Data 24/04/2017

F.to DOTT. MARIA EMILIA VICARI