

FORMATO  
EUROPEO PER  
IL CURRICULUM  
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome  
Indirizzo  
Telefono Lavoro  
Telefono  
E-mail  
Nazionalità  
Data di nascita

CATERINA IANNELLA

INPS

ESPERIENZA LAVORATIVA

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

DAL 01/06/1993 A TEMPO INDETERMINATO  
Casa di cura privata e accreditata "Villa Margherita" - Piano Cappella, 82100 Benevento  
Clinica riabilitativa convenzionata con il S.S.N.

Assistente Medico

DAL 1993 AL 1996 - MEDICO DI CONTROLLO (VISITE FISCALI)  
I.N.P.S. - Benevento e U.S.L. - Benevento

Enti previdenziali e assistenziali -  
Medico di Controllo

DAL 1996 AL 1999  
A.S.L. BENEVENTO 1

Azienda SANITARIA LOCALE  
Medico di continuità assistenziale  
Medico presso l'U.O. materno infantile

DAL 1999 AL 2003  
A.S.L. BENEVENTO 1 - Distretto 18

Azienda Sanitaria Locale  
Medico di assistenza primaria (Medico di base)

Dal 1994 al 1999

- Nome e indirizzo del datore di lavoro  
    - Tipo di azienda o settore
      - Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità
- Date (da – a)
- DAL 1996 AL 1997**  
Centro di Emodialisi - D'Alessandro - Benevento
- Nome e indirizzo del datore di lavoro  
    - Tipo di azienda o settore
      - Tipo di impiego
- Azienda Privata  
Medico di sala
- Date (da – a)
- DAL 1996 AL 1997**  
Centro Analisi Cliniche S. Antonio – Cacciano (BN)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro  
    - Tipo di azienda o settore
      - Tipo di impiego
- Azienda Privata  
Medico prelevatore
- Date (da – a)
- 01/09/1999-30/06/2003**  
Casa di cura privata e accreditata "Villa Margherita" – Piano Cappella, 82100 Benevento
- Nome e indirizzo del datore di lavoro  
    - Tipo di azienda o settore
      - Tipo di impiego
- Clinica riabilitativa  
Medico di Guardia
- Date (da – a)
- Dal 1994 al 1999 e dal 2006 al 2013**  
A.S.L. BN1 - Benevento
- Nome e indirizzo del datore di lavoro  
    - Tipo di azienda o settore
      - Tipo di impiego
- Azienda Sanitaria Locale  
Medico Con qualifica di "Medico di categoria"  
Membro Commissione Invalidi civili
- Date (da – a)
- Dal 2013 a tutt'oggi**  
I.N.P.S. – SEZIONE DI BENEVENTO – REGIONE CAMPANIA
- Nome e indirizzo del datore di lavoro  
    - Tipo di azienda o settore
      - Tipo di impiego
- Istituto Assistenziale e previdenziale nazionale.  
Medico di categoria – A-N-M-I-C- - Benevento  
Membro Commissione invalidi civili e altro.

## ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- 1996**  
Diploma Liceo Scientifico – Telesse Terme (BN)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Date (da – a)
- 14/10/1992**  
Università degli Studi Federico II - Napoli
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione  
    - Qualifica conseguita
- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Date (da – a)
- 1992 – seconda sessione**  
Università degli Studi Federico II - Napoli
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

Abilitazione all'esercizio della professione

**FORMAZIONE PROFESSIONALE**

1. Attestato di frequenza presso l'U.O. MEDICINA D'URGENZA – OSPEDALE RUMMO DI BENEVENTO;
2. Attestato di frequenza "Corso Teorico-Pratico di Qualificazione Specialistica in Dietologia e Dietoterapia";
3. Attestato di Frequenza " CONVEGNO NAZIONALE DI NEFROLOGIA ".
4. Attestati di Frequenza a Corsi Inerenti "La Neuroriabilitazione Malattie Neuro Psichiatriche e Varie.
5. Attestato di Qualifica di "Medico in Neuroriabilitazione Rilasciato Dall'Ordine dei Medici di Benevento.
6. Conseguimento dal 2002 a tutt'oggi dei "Crediti Formativi ECM" Previsti per Legge.

**PARTECIPAZIONE A CONGRESSI**

Ha partecipato a numerosi Congressi Nazionali in qualità di auditore sulle malattie degenerative.

Città , data

TORREUSO 18/10/2017

NOME E COGNOME (FIRMA)

INPS