



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome  
Indirizzo  
Telefono  
Fax  
E-mail  
Nazionalità  
Data di nascita

**DI FILIPPO CECILIA**

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

**DAL 1981 AL 1987**  
**DAL 1988 AL 1989**  
**DAL 1990 AL 2014**

*Ufficiale Sanitario presso ASL SA/3*  
*Medico scolastico ASL SA/1*  
*Medico Ospedaliero Dipartimento di Pediatria*

• Tipo di impiego

PENSIONATA

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

OTTOBRE 1979  
FEBBRAIO 1984

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA  
SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA

11/06/2018