

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **MUSCAS FRANCESCO**
Indirizzo **VIA EINAUDI, 14 – 09170 ORISTANO**
Telefono **0783/212083**
Fax
E-mail **francescomuscas@alice.it**

Nazionalità **Italiana**

Data di nascita **26/07/53**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **DAL 1987 A TUTT'OGGI –**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
• Tipo di azienda o settore **ASL N. 5 DI ORISTANO**
• Tipo di impiego **MEDICO CONVENZIONATO SSN PER L'ASSISTENZA PRIMARIA**
- Principali mansioni e responsabilità **Medico di famiglia**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) **05/03/82**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Sassari**
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
• Qualifica conseguita **Laurea in Medicina e Chirurgia**
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

“Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03”

Oristano, 13/07/2023

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of connected loops and strokes, positioned in the upper right area of the document.