

Curriculum Vitae Europass

Inserire una fotografia (facoltativo, v. istruzioni)

Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) **MARIA LAURA CHIOZZA**
Indirizzo(i) **VIA C. BATTISTI 251**
Telefono(i) **049 8218338**
Fax **049 8218351**
E-mail **marialaura.chiozza@sanita.padova.it**

Cittadinanza **ITALIANA**

Data di nascita **07.03.1952**

Sesso **F**

Esperienza professionale

Date **01.11.2004 a tutt'oggi**
Lavoro o posizione ricoperti **Direttore SC Qualità e Accreditamento**
Principali attività e responsabilità **Direttore SC Qualità e Accreditamento**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda Ospedaliera – Università degli Studi di Padova
Via Giustiniani 3 – 35128 Padova**
Tipo di attività o settore **Sanità**
Date **10.01.1980 (con mansioni dirigenziali dal 01.10.1994)**
Lavoro o posizione ricoperti **Ricercatore Confermato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università degli Studi di Padova**
Principali attività e responsabilità **Dirigenza Medica
Responsabile Gestione Qualità e Governo Clinico del Dipartimento di
Pediatria. Azienda Ospedaliera - Università di Padova**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Dipartimento di Pediatria Azienda Ospedaliera
Via Giustiniani 3 35128 Padova**
Tipo di attività o settore **Sanità**

Istruzione e formazione

Titolo della qualifica rilasciata **Laurea in Medicina e Chirurgia il 20/07/1977 con punteggio di 110 su 110 (lode)**
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione **Università degli Studi di Padova – Facoltà di Medicina e Chirurgia**

Titolo della qualifica rilasciata Specializzazione in Clinica Pediatrica con punteggio di 70 su 70 e la lode.
 Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli Studi di Padova – Facoltà di Medicina e Chirurgia
 Titolo della qualifica rilasciata Specializzazione in Clinica Urologica con il punteggio di 70 su 70 e la lode
 Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli Studi di Padova – Facoltà di Medicina e Chirurgia
 Titolo della qualifica rilasciata Master in Organizzazione e Gestione Sanitaria (1988-1989) presso la Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi di Milano.
 Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi di Milano.
 Titolo della qualifica rilasciata Master in Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie (2005).
 Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione GIMBE

Capacità e competenze personali

Madrelingua(e) italiana

Altra(e) lingua(e) inglese

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Comprensione	Parlato	Scritto
Ottima	Buona	Buona

Altra(e) lingua(e) francese

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Comprensione	Parlato	Scritto
Ottima	Ottima	Ottima

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali (facoltativo)".

Firma

