

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome	<b>Giuliana Carta</b>
Indirizzo	Via Marilyn Monroe 150, c.a.p. 00128
Telefono Fax	06.50780117
E-mail	<a href="mailto:giuliana.cartas58@libero.it">giuliana.cartas58@libero.it</a>
Nazionalità	Italiana
Luogo e Data di nascita	Roma - 18/ 06/ 1958

**ESPERIENZA PROFESSIONALE**

***Nel corso della Specializzazione***

- |                                         |                                                                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| • Date (da – a)                         | 1998 - 2002                                                                             |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | Azienda Policlinico Umberto I - II Clinica Medica                                       |
| • Settore                               | Servizio Dietetico - Servizio di Gastroenterologia - Servizio di Endocrinologia         |
| • Date (da – a)                         | 1998 - 2002                                                                             |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | Prof. Laviano - Azienda Policlinico Umberto I - II Patologia Medica                     |
| • Settore                               | Servizio di Gastroenterologia - Servizio di Nutrizione Clinica - Nutrizione Artificiale |
| • Date (da – a)                         | 1998 - 2002                                                                             |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | Azienda Policlinico Umberto I - 7ª Patologia Chirurgica                                 |
| • Settore                               | <i>Servizio di Chirurgia Bariatrica - 7ª Patologia Chirurgica</i>                       |
| • Date (da – a)                         | 1998 - 2002                                                                             |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | <i>Prof. Vania – Azienda Policlinico Umberto I</i>                                      |
| • Settore                               | <i>Servizio di Pediatria</i>                                                            |
| • Date (da – a)                         | 1998 - 2002                                                                             |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | <i>Prof. Cuzzolaro</i>                                                                  |
| • Settore                               | <i>Servizio di Neuropsichiatria Infantile</i>                                           |
| • Tipo di impiego                       | <i>Corso Disturbi Comportamento Alimentare</i>                                          |

- Date (da – a) 1998 - 2002
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini*
- Settore *Modulo di Diabetologia e Malattie Metaboliche / Servizio di Dietologia*

- Date (da – a) 1998 - 2002
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Ospedale Sandro Pertini*
- Settore *Servizio di Dietologia*

- Date (da – a) 1998 - 2002
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Società Italiana Nutrizione Artificiale e Metabolismo*
- Settore *Corso SINPE 2001*

#### ***Dopo il conseguimento del titolo specialistico***

- Date (da – a) dal 2002 al 2013
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini*
- Settore *Struttura Dipartimentale di Diabetologia e Malattie Metaboliche*
- Tipo di Impiego *Medico frequentatore*

- Date (da – a) 2003
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Istituto di Alta Formazione del Corso "Obesità e Sindrome Plurimetabolica"*
- Tipo di Impiego *Docente*

- Date (da – a) *2006, 2007, 2012 e 2013*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *ASPIC Associazione per lo sviluppo psicologico dell'individuo e della comunità*
- Tipo di Impiego *Corso "Counselling e Cibo" Docente*

- Date (da – a) *mese Giugno- Novembre 2008*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Struttura modulo di Diabetologia San Camillo*
- Tipo di Impiego *Contratto di collaborazione continuativa*

- Date (da – a) *2009 – 2011-2012-2013*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Istituto di Alta Formazione*
- Tipo di Impiego *Master in " Dietoterapia e Nutrizione Clinica" Docente*

- Date (da – a) 1980-1998
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ALITALIA
- Tipo di impiego *Assistente di volo*

## ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) 1998
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *Università “La Sapienza” Roma*
- Qualifica conseguita *Laurea in Medicina e Chirurgia*
- Date (da – a) 2002
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *Università “La Sapienza” Roma - Direttore Prof. Carlo Cannella.*
- Qualifica conseguita *Specializzazione in Scienza dell’Alimentazione*
- Date (da – a) 2006-2008
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *Frequenza Master Esperenziale in Counseling, per l’Età Evolutiva ASPIC – Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell’Individuo e delle Comunità*
- Date (da – a) 2009 -2011
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *I-II-III anno triennio IX corso formazione Medici Medicina Generale*

## CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

PRIMA LINGUA **ITALIANO**

ALTRE LINGUE

- Capacità di lettura **INGLESE**  
buono
- Capacità di scrittura buono
- Capacità di espressione orale buono

- Capacità di lettura **FRANCESE**  
sufficiente
- Capacità di scrittura sufficiente
- Capacità di espressione orale sufficiente

- Capacità di lettura **SPAGNOLO**  
sufficiente
- Capacità di scrittura sufficiente
- Capacità di espressione orale mediocre

CAPACITÀ E COMPETENZE  
INFORMATICHE

conoscenza informatica basic.

PATENTI

In possesso della Patente B

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

Coniugata con due figli.

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 675/96 del 31 dicembre 1996.

Città , data  
ROMA, 17/09/12/2012

NOME E COGNOME (FIRMA)

---