

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome **POZZI RITA**

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Nazionalità italiana

Data di nascita

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) **MEDICO DI MEDICINA GENERALE DAL 1990, SPECIALISTA AMBULATORIALE DAL 2002 IN DERMATOLOGIA**

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da – a) 1977 maturità scientifica Liceo Scientifico Galileo Ferraris, Varese
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione 1984 laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Pavia
- 1989 specializzazione in dermatologia presso l'Università degli studi di Pavia

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
PERSONALI**

MADRELINGUA      ITALIANA

**FRANCESE**

- Capacità di lettura      ECCELLENTE
- Capacità di scrittura      BUONO
- Capacità di espressione orale      BUONO

PATENTE O PATENTI      Patente B