

## ALLEGATO N. 5

### CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

il sottoscritto dichiara quanto segue:

#### Dati Personali:

Loiombardo Maria Cristina, nata a Palermo il 14.11.1968. residente

#### Titoli accademici e di studio :

Laura in Medicina e Chirurgia conseguita nel 1993 presso  
l'Universita degli Studi di Palermo

Specializzazione in Neurochirurgia conseguita nel 1999 presso  
l'Universita degli Studi di Verona

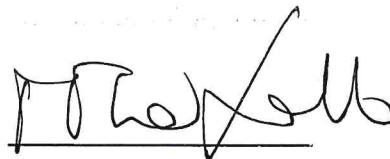
#### Tipologia delle istituzioni e tipologia delle prestazioni erogate

Dirigente Medico presso l'U.O.C. di Neurochirurgia A.O. "Ospedali  
Riuniti Villa Sofia – Cervello dal settembre 2001 a tutt'oggi

#### Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate:

484 interventi come primo operatore ed 824 come secondo  
operatore per patologie neoplastiche , vascolari e traumatiche sia  
craniche che spinali.

Data 31.08.21

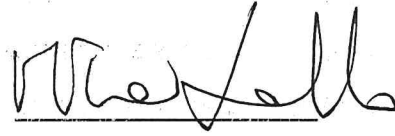


(Firma leggibile per esteso)

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace  
sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto  
dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora  
dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di  
taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al  
provvedimento eventualmente emanato sulla base della  
dichiarazione non veritiera ( art. 75 D.P.R. 445/2000).

*E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03.*

*Data 31.08.21*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Della Valle', written over a horizontal line.

*(Firma leggibile per esteso)*

*N.B! (Allegare fotocopia del documento di identità personale in corso di validità)*