

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **ROMANO FILOMENA**
Indirizzo **[N.1 , via Casale Monaci, 83030, Lapio , (Avellino)**
Telefono **327/4780534**
Fax **0825/982104**
E-mail **fromano@aslavellino.it**

Nazionalità **Italiana**
Data di nascita **16/04/1958**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **Dal 2009 a tutt'oggi**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **ASL Avellino, via degli Imbimbo 10/12 83100 Avellino**
- Tipo di azienda o settore **Azienda Sanitaria Locale**
- Tipo di impiego **Direttore U.O.C. Ser.D Avellino . Dal 2014 anche direttore del Ser.D di Grottaminarda**
- Principali mansioni e responsabilità **Organizzazione e gestione di un vasto bacino d'utenza e varia tipologia di personale.
Organizzazione e gestione di servizi erogati a livello ambulatoriale, territoriale e domiciliare.
Integrazione e progettazione di interventi con enti ed istituzioni afferenti al territorio di competenza.
Verifiche e controllo delle strutture accreditate sul territorio di competenza.
Organizzazione, coordinamento e gestione del personale operante nei 4 istituti penitenziari del territorio.
Controllo clinico-organizzativo-gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione del budget assegnato per la realizzazione degli obiettivi.
Componente effettivo tavolo tecnico Macroarea SocioSanitaria –Area Dipendenze**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **Da febbraio 2006 a marzo 2009**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Ex ASL Salerno 2, via nizza Salerno**
- Tipo di azienda o settore **Azienda Sanitaria Locale**
- Tipo di impiego **Direttore Sanitario Aziendale**

• Principali mansioni e responsabilità

Organizzazione, coordinamento e gestione delle risorse assegnate.

Adempimento concernente le caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le Tossicodipendenze previste dal D.M. 444/90.

Coordinamento del Ser.D con: consultori familiari, strutture per l' aids e le patologie infettive correlate alla tossicodipendenza, servizi medico-legali, laboratori di analisi, servizi di Igiene Mentale, altri Ser.D, servizi sanitari e sociali del territorio, comprese le Comunità Terapeutiche, gli Istituti Penitenziari, Enti ed Istituzioni del territorio, ed Autorità Giudiziarie.

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- **Date (da – a)** 2003
- **Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione** Seconda Università degli Studi di Napoli
- **Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio** Master di II livello in "Medicina delle Farmacodipendenze"
- **Qualifica conseguita** Diploma di master di II livello
- **Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- **Date (da – a)** 2001
- **Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione** Seconda Università degli Studi di Napoli
- **Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio** Perfezionamento in "Medicina delle tossicodipendenze"
- **Qualifica conseguita** Diploma di perfezionamento
- **Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- **Date (da – a)** 1988 al 1991
- **Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione** Università degli Studi di Napoli
- **Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio** Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva- Orientamento Sanità Pubblica
- **Qualifica conseguita** Specializzazione
- **Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- **Date (da – a)** 1987
- **Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione** Università degli Studi di Napoli
- **Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio** Laurea in Medicina e Chirurgia
- **Qualifica conseguita** Laurea
- **Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)**



La sottoscritta Filomena Romano, nata a Lapio il 16.04.1958 e residente a Lapio alla via Casale Monaci n. 1, consapevole del potere di accertamento esercitato dalla P.A. ai sensi della L. n. 15 del 04.01.1968 art. 26 e delle responsabilità penali a cui posso andare incontro in caso di rilascio di affermazioni mendaci, ai sensi del D.P.R.445/2000, dichiaro che quanto da me riportato corrisponde al vero.

Data 22/03/2019

Firma 