

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **ERRERA GIANCARLO**

Fax

E-mail **giancarlo.errera@aslroma6.it**

Nazionalità **italiana**

Data di nascita **18/03/1958**

ESPERIENZA LAVORATIVA

1997-2000 Dirigente Medico a tempo determinato, presso la UOC Malattie Infettive, Ospedale di Trieste

2003- oggi Dirigente Medico a tempo indeterminato, presso la UOC di Medicina dell'Ospedale di Albano e successivamente dell'Ospedale di Anzio, ASL ROMA 6

2021 Responsabile dell'Ambulatorio di Epatologia dell'Ospedale di Anzio

FORMAZIONE PROFESSIONALE

5/11/1988 **Laurea in Medicina e Chirurgia** presso l'Università degli Studi di Roma La Sapienza.

1989 Iscrizione all'Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

1992 Diploma di **Specializzazione in Malattie Infettive** presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

1992 Borsa di studio Istituto Superiore di Sanità per AIDS

1993-1995 Borsa di studio Istituto Superiore di Sanità per AIDS ed epatite, presso i laboratori di Liane, Francia

1997-2001 Dottorato di Ricerca in Malattie Infettive, presso l'Università degli Studi di Roma La Sapienza

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

Buona conoscenza della lingua Inglese e francese



Ai sensi dell'art. 76, comma 4, dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017, i docenti, moderatori, relatori, formatori, tutor sono tenuti a sottoscrivere una dichiarazione avente ad oggetto l'esistenza di rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario, intrattenuti nei due anni precedenti all'evento, o l'insussistenza di tali rapporti. La dichiarazione deve essere consegnata al provider, il quale provvede a conservarla e a renderla disponibile presso la sede legale per almeno 5 anni.

*Il sottoscritto **GIANCARLO ERRERA** in qualità di responsabile scientifico/relatore/moderatore ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM*

Dichiara

*che negli ultimi due anni **non ha avuto** rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario.*

Anzio 29/06/2022

firma