



### INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **MASSIMO MAZZARELLA**  
Indirizzo **VIA TERRA D'OTRANTO N.17**  
Telefono **3295639180**  
Fax  
E-mail **maxpsic@libero.it**  
  
Nazionalità Italiana  
Data di nascita 13/08/1971

### ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **DAL 05/03/2006 A TUTT'OGGI**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **PRESIDIO OSPEDALIERO DI COPÈERTINO**
- Tipo di azienda o settore **ASL LECCE**
- Tipo di impiego **INFERMIERE PROFESSIONALE**
- Principali mansioni e responsabilità **INFERMIERE STRUMENTISTA ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

### ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) [ Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo. ]
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **DIPLOMA DI INFERMIERE PRESSO LA SCUOLA INFERMIERISTICA DELL'OSPEDALE DI GALATINA ,RILASCIATO NEL 1992. DIPLOMA DI TECNICO DEI SERVIZI SOCIALI RILASCIATO DALLA SCUOLA SCARAMBONE DI LECCE**

MADRELINGUA

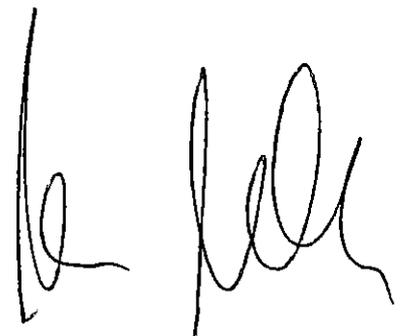
ITALAINO

ALTRE LINGUA

INGLESE

PATENTE O PATENTI

PATENTE A + B

A handwritten signature in black ink, consisting of two distinct parts. The first part is a stylized, cursive letter 'L' or 'B'. The second part is a more complex, flowing signature that appears to be 'Pelle' or similar.