

## CURRICULUM VITAE



### INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **ELEONORA SALVINI**  
Indirizzo **VOC. S. CRISTOFORO 13 A, 06030, GIANO DELL'UMBRIA (PG)**  
Telefono **3337627668**  
Fax  
E-mail [eleonora.salvini1983@libero.it](mailto:eleonora.salvini1983@libero.it)  
[eleonora.salvini@pec.it](mailto:eleonora.salvini@pec.it)

Nazionalità Italiana  
Data di nascita 29/12/1983

### ESPERIENZA LAVORATIVA

1. Servizio di continuità assistenziale presso il distretto Valnerina ASL N. 2 dell'Umbria nel mese di luglio, agosto e settembre 2010
2. Frequenza volontaria presso la Clinica Urologica ed Andrologica dal 2009 al 2011
3. Servizio di continuità assistenziale nel distretto di Foligno USL 2 agosto-ottobre 2016
4. Collaborazione presso numerosi poliambulatori privati del territorio umbro come specialista urologo con contratti da libero professionista
5. Medico di reparto presso la Casa di Cura Liotti da dicembre 2016 con contratto da libero professionista da n. 36 ore/settimanali
6. Attività clinico-assistenziale svolta come Specialista in formazione presso la Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università degli Studi di Perugia dal 2011 a luglio 2016 come indicato nell'allegato n. 1
7. Medico Urologo Volontario presso il reparto di Urologia dell' Ospedale San Giovanni Battista – Foligno da giugno 2017 a aprile 2018
8. Dirigente medico di I livello, Reparto di UROLOGIA, Ospedale S. Giovanni Battista, Foligno da maggio 2018 ad oggi. Casistica operatoria in allegato n. 3

### ISTRUZIONE E FORMAZIONE

1. Conseguimento di Diploma di Maturità Scientifica presso il Liceo "A. Volta" in Spoleto con votazione di 90/100 nel 2002
2. Laurea specialistica a ciclo unico in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Perugia conseguita in data 14/10/2009 con la Votazione finale di 110 (su 110) con lode. Titolo di Tesi sperimentale: STUDIO RANDOMIZZATO DI CONFRONTO FRA PRULIFLOXACINA E FOSFOMICINA IN PAZIENTI AFFETTE DA INFEZIONI URINARIE RICORRENTI
3. Abilitazione all'esercizio della professione medica e iscrizione all'ordine dei Medici

di Perugia (n.07300) in data 08/03/2010

4. Diploma di Specializzazione in Urologia presso la Clinica Urologica ed Andrologica, Università degli studi di Perugia conseguita in data 05/07/2016 con la votazione di 50/50 con lode . Titolo di Tesi sperimentale: VALUTAZIONE VESCICO-SFINTERICA IN PAZIENTI SOTTOPOSTE A CORREZIONE CHIRURGICA DI PROLASSO URO-GENITALE

5. Conseguimento del diploma nazionale SIUMB di competenza in ECOGRAFIA clinica, rilasciato da SIUMB il 20/09/2018

6. Dottorato di ricerca in "Medicina e chirurgia traslazionale", Università degli studi di Perugia da novembre 2015 a ottobre 2018. Tesi "RECETTORI VANILLOIDI E CANNABINOIDI ENDOVESCICALI E LORO MODULAZIONE AD OPERA DELLA TOSSINA BOTULINICA A: STUDIO IN VITRO"

## ATTIVITA' ACCADEMICA

Numerose pubblicazioni come coautore di abstract e lavori scientifici sia su riviste nazionali che internazionali. V. all.2

Partecipazione a numerosi congressi nazionali e internazionali anche in qualità di relatore. V. all.2

Membership di numerose società scientifiche. V. all.2

Corsi di formazione di vario genere. V. all.2

Partecipazione a progetti di ricerca finanziati. V. all.2

## MADRELINGUA

**Italiana**

## ALTRE LINGUA

### Inglese

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

Buono

Buono

Buono

## CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

CONOSCENZA DEI PRINCIPALI SOFTWARE DI COMUNE UTILIZZO

## PATENTE O PATENTI

B

## ALLEGATI

ALLEGATO 1: ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALE COME SPECIALISTA IN FORMAZIONE

ALLEGATO 2: ATTIVITA' ACCADEMICA

ALLEGATO 3: CASISTICA OPERATORIA COME SPECIALISTA IN UROLOGIA

Il sottoscritto ..... dichiara che tutti i fatti riportati nel presente curriculum corrispondono a verità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.  
Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.  
Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.  
Si allega a tale scopo copia del documento di identità in corso di validità

.....  
(luogo e data)

Firma <sup>1</sup>

.....

---

<sup>1</sup> La firma è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione, e deve essere leggibile.