

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM

VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome *Antonio ONOFRI*
Indirizzo *Via Vespasiano, 85 00192 Roma RM*
Telefono *+39.347.2434552*
Fax *+39.06.9761.6441*
E-mail [*dottoronofri@gmail.com*](mailto:dottoronofri@gmail.com)
Codice Fiscale: *NFR NTN 59B25 H501A*
Nazionalità *Italiana*
Data di nascita *25/02/1959*

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *Dal 1989 a tutt'oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Ospedale Santo Spirito in Sassia, Roma*
Dipartimento di Salute Mentale Asl Roma E
- Tipo di azienda o settore *Servizio Sanitario Nazionale*
- Tipo di impiego *Dipendente a tempo indeterminato*
- Principali mansioni e responsabilità *Dirigente Medico, Responsabile Incarico di Alta Specialità "Appropriatezza dei Trattamenti Psicofarmacologici", Titolare Ambulatorio per i Disturbi da Stress Post-Traumatico*

- Date (da – a) *Dal 2002 a tutt'oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Sapienza Università di Roma Facoltà di Medicina e Psicologia e Facoltà di Farmacia e Medicina*
- Tipo di azienda o settore *Corso di Laurea in Infermieristica*
- Principali mansioni e responsabilità *Insegnamento di Psichiatria*
Docente a Contratto

- Date (da – a) *Dal 2008 a tutt'oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Centro Clinico de Sanctis*
- Tipo di azienda o settore *Unità di Terapia del Trauma*
- Tipo di impiego *Presidente*
- Principali mansioni e responsabilità *Attività Clinica e di Ricerca*

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) *Da 1983 al 1986*
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *SITCC*
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio *Psicoterapia Cognitivo Comportamentale*
- Qualifica conseguita *Psicoterapeuta Supervisore*
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

- Date (da – a) *Da 1984 - 1988*
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione *La Sapienza Università di Roma*
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio *Psichiatria*
- Qualifica conseguita *Specialista in Psichiatria*

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita

Da 1984 - 1988

1977-1984

La Sapienza Università di Roma

La Sapienza Università di Roma
Psichiatria

Facoltà di Medicina e Chirurgia – Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Specialista in Psichiatria

Laurea in Medicina e Chirurgia

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

PRIMA LINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUE

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

INGLESE

ottima

ottima

ottima

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

VICEPRESIDENTE ASSOCIAZIONE ITALIANA PER L'EMDR
CAPACITA' DI LEADERSHIP.

DOCENTE IN NUMEROSI CORSI DI SPECIALIZZAZIONE.
CAPACITA' DIDATTICHE E DI FORMAZIONE PROFESSIONALE

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

COORDINAMENTO PERSONALE
ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ
DELEGA
PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE
ATTIVITA' DI VOLONTARIATO

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

UTILIZZO CORRENTE DEL COMPUTER

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

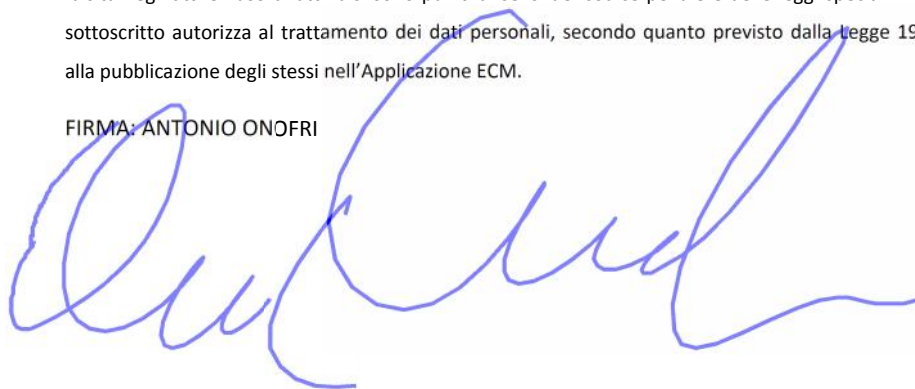
Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

Giornalista Pubblicista dal 1983
Autore di numerosi articoli divulgativi e scientifici
Redattore della rivista scientifica PSICOBIEETTIVO
Patente B

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03. e alla pubblicazione degli stessi nell'Applicazione ECM.

FIRMA: ANTONIO ONOFRI

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Antonio Onofri', is written over the printed name. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'A'.

CITTA' Roma DATA 31-03-2014