

# CURRICULUM VITAE



## INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **RUSSO ADOLFO**  
Indirizzo **[REDACTED]**  
Telefono **[REDACTED]**  
E-mail **a.russo2@santobonopausilipon.it**  
  
Nazionalità **Italiana**  
Data di nascita **[REDACTED]**

## ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date **2022**  
• Nome e tipo di istituto di istruzione **Università telematica PEGASO**  
• Qualifica conseguita **Master I livello in Managment per le funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie**

• Date **2016**  
Nome e tipo di Istituto di Istruzione **Università Federico II Napoli**  
Qualifica conseguita **Master in Managment di Nutrizione Clinica**

• Date **2008**  
• Nome e tipo di istituto di istruzione **Università Federico II Napoli**  
• Qualifica conseguita **Laurea Primo Livello in Scienze Biologiche**

• Date **2003**  
• Nome e tipo di istituto di istruzione **Seconda Università di Napoli**  
• Qualifica conseguita **Responsabile delle attività didattiche o di ricerca in laboratorio (R.a.d.o.r.)**

• Date **1998**  
• Nome e tipo di istituto di istruzione **Ospedale Militare Padova**  
• Qualifica conseguita **Diploma Aiutante di Sanità - Infermiere**

• Date **1992-1993**  
• Nome e tipo di istituto di istruzione **USL N 44 Presidio Ospedaliero SS. Annunziata di Napoli**  
• Qualifica **Diploma Tecnico di Laboratorio di analisi**

• Date **1989-1990**  
Nome e tipo di Istituto di istruzione **XI Liceo Scientifico – Sbordone (NA)**  
• Qualifica **Diploma di Maturità Scientifica**

• Date **01/09/2020**  
Nome e tipo di Istituto di istruzione **Centro di Specializzazione Sbordone (NA)**  
• Qualifica **Diploma di Maturità Scientifica**



Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 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 196/2003.

Firmato

12/06/2025

X



---

Adolfo Russo