



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **ZOIA CESARE**
Indirizzo **VIA VERDI 8, 21020, CASCIAGO - VA -**
Telefono **3466056025**
Fax **0331771877**
E-mail **c.zoia@smatteo.pv.it**
Nazionalità **italiana**
Data di nascita **07/09/1981**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **15/05/2023 a oggi**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **UOC Neurochirurgia, Ospedale Moriggia Pelascini, Gravedona**
• Principali mansioni e responsabilità **Direttore di UOC Neurochirurgia**
- Date (da – a) **01/10/2016 – 14/05/2023**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Reparto di Neurochirurgia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia**
• Principali mansioni e responsabilità **Dirigente Medico con contratto a tempo indeterminato**
- Date (da – a) **07/01/2014 - 30/09/2017**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Reparto di Neurochirurgia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia**
• Principali mansioni e responsabilità **Dirigente Medico con contratto a tempo determinato**
- Date (da – a) **06/05/2013 – 05/01/2013**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Reparto di Neurochirurgia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia**
• Principali mansioni e responsabilità **Dirigente Medico con contratto di libero professionista**
- Date (da – a) **28/05/2007 - 29/07/2007 e 12/11/2012 – 22/12/2013**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Reparto di Pronto Soccorso e Accettazione, Ospedale di Circolo, Varese**
• Principali mansioni e responsabilità **Dirigente Medico con contratto di libero professionista**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) **10/03/2017**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Fellow of the European Board of Neurological Surgery**
- Date (da – a) **04/02/2016**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Dottorato in Chirurgia e Biotecnologie chirurgiche, Università degli Studi dell'Insubria, Varese**
- Date (da – a) **31/07/2012**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Specializzazione in Neurochirurgia, Università degli Studi dell'Insubria, Varese**
- Date (da – a) **24/05/2006**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi dell'Insubria, Varese**

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

MADRELINGUA **ITALIANO**

20/5/25

ALTRE LINGUE

	INGLESE, TEDESCO
• Capacità di lettura	BUONO, BUONO
• Capacità di scrittura	BUONO, BUONO
• Capacità di espressione orale	BUONO, BUONO

PATENTE O PATENTI B

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

Gravedona e Uniti 30/05/2025

Firma

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' followed by a long horizontal stroke and a small loop at the end.