



Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario Certificato del Casellario Giudiziale (ART. 24 D.P.R. 14/11/2002 N.313)

Al nome di:

Cognome

GIANNETTO

Nome

PAOLA

Data di nascita

09/04/1984

Luogo di Nascita

MESSINA (ME) - ITALIA

Sesso

F

CERTIFICATO NUMERO: 7262/2022/R



sulla richiesta di:

INTERESSATO

per uso:

RIDUZIONE DELLA META' DELL'IMPOSTA DI BOLLO E DIRITTI: PER ESSERE ESIBITO IN
OCCASIONE DI CANDIDATURA ELETTORALE (ART. 1 COMMA 14 LEGGE 3/2019)

Si attesta che nella Banca dati del Casellario giudiziale risulta:

NULLA

ESTRATTO DA: CASELLARIO GIUDIZIALE - PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI MESSINA

Si attesta l'avvenuto pagamento (art. 273 e 285 T.U. 30/5/2002 n. 115) del

☒ diritto di certificato

☒ diritto di urgenza

MESSINA, 26/05/2022 09:50



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO
(CAMARDA GIOVANNA)

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi della Repubblica Italiana (art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), fatta salva l'ipotesi in cui sia prodotto nei procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286). Il certificato è valido se presentato alle autorità amministrative straniere.

**** AVVERTENZA ****

Certificato del casellario giudiziale - (ART. 24 D.P.R. 14/11/2002 N.313) - al nome di:

Cognome
GIANNETTO

Nome
PAOLA

Luogo di Nascita
MESSINA

Data di nascita
09/04/1984

Sesso
F

Paternità

Codice Fiscale

Si attesta che nella Banca dati del Casellario Europeo NULLA risulta.



IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Dott.ssa Giovanna CAMARDA



Curriculum Vitae Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Europass

Il sottoscritto Paola Giannetto, consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nel seguente curriculum vitae, redatto in formato europeo, corrispondono a verità:

Informazioni personali

Nome /Cognome **Paola Giannetto**
Indirizzo Numero civico 47, viale Regina Margherita, CAP 98122, Messina, Italia.
Telefono Cellulare:3396818976
Fax
E-mail paola.giannetto@virgilio.it / paola.giannetto@pec.it
Cittadinanza **Italiana**
Data di nascita **09/04/1984**
Sesso **Femminile**

Occupazione Operatore amministrativo
desiderata/Settore
professionale

Esperienza professionale

Date **Dal 11/12/2018 ad oggi.**

Lavoro o posizione ricoperta **Operatore amministrativo**

Principali attività e responsabilità **Segretaria**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **Eurogestioni S.P.A. Viale Bocchetta N°22**

Tipo di attività o settore **R.S.A. "Residenza Sanitaria Assistenziale"**

Date **Dal 01/01/2015 al 30/04/2017**

Lavoro o posizione ricoperta **Operatore amministrativo**

Principali attività e responsabilità **Segretaria**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **A.N.M.I.L. Via S.Giovanni Bosco n°30**

Tipo di attività o settore **C.A.F. "Centro assistenza fiscale"**

Date **Dal 20/10/2014 al 31/01/2015**

Lavoro o posizione ricoperta **Operatore amministrativo**

Principali attività e responsabilità **Segretaria**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **A.N.M.I.L. Via S.Giovanni Bosco n°30**

Tipo di attività o settore **C.A.F. "Centro assistenza Fiscale"**

Data **Dal 01/06/2014 al 19/10/2014**

Lavoro o posizione ricoperta **Operatore amministrativo**

Principale attività e responsabilità **Segretaria**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **A.N.M.I.L. Via S. Giovanni Bosco n°30**

Tipo di attività o settore **C.A.F. "Centro assistenza fiscale"**

Data **Dal 09/02/2009 al 18/11/2010**

Lavoro o posizione ricoperta **Operatore amministrativo**

Principale attività e responsabilità **Operatore Sportello informativo**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **Soc.Cop.Sociale Azione Sociale
"Centro aggregazione Giovanile" Piazza S.Giovanni n°15
Castanea delle Furie Messina.**

Tipo di attività o settore **Società Cooperativa Sociale**

Data **Dal 20/11/2007 al 31/12/2007**

Lavoro o posizione ricoperta **Operatore amministrativo**

Principale attività e responsabilità **Tutor**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **A.R.A.M. Viale Principe Umberto n°89**

Tipo di attività o settore **Ente di formazione professionale**

Data **Dal 01/07/2003 al 31/10/2003**

Lavoro o posizione ricoperta **Operatore amministrativo**

Principale attività e responsabilità **Segretaria**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **A.R.A.M. Viale Principe Umberto N°89**

Tipo di attività o settore **Ente di formazione professionale**

Data **Dal 01/07/2003 al 31/10/2003**

Lavoro o posizione ricoperta **Collaboratrice**

Principale attività e responsabilità **Collaboratrice**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **Caronte & Tourist S.P.A. Viale della Libertà n°34**

Tipo di attività o settore **Trasporti marittimi**

Istruzione e formazione

Date **Dal 01/10/1997 al 18/01/2002**

Titolo della qualifica rilasciata **Diploma Scuola media superiore**

Principali tematiche/competenze

professionali acquisite **Ragioniere e Perito commerciale**

Nome e tipo d'organizzazione

erogatrice dell'istruzione e formazione **I.T.C. A.M. Jaci**

Livello nella classificazione nazionale o
internazionale

Capacità e competenze personali

Madrelingua **Italiana**

Altra lingua **Inglese**

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
A1	A1	A1	A1	A1

(*) [Quadro comune europeo di riferimento per le lingue](#)

Capacità e competenze sociali **Buone capacità relazionali, esperienza acquisita lavorando in TEAM ed a contatto con l'utenza.**

Capacità e competenze organizzative **Buona predisposizione alla pianificazione ed organizzazione delle attività lavorative.**

Capacità e competenze tecniche **Ottime capacità di gestione documentazione clinica sanitaria.**

Capacità e competenze informatiche **Conoscenza avanzata dei pacchetti applicativi di Office Automation Microsoft Office, Open Office.**

Capacità e competenze artistiche

Altre capacità e competenze

Patente **Patente di guida B**

Ulteriori informazioni

Allegati

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".

Firma