



Ministero della Giustizia

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

CERTIFICATO NUMERO: 12121/2020/R

Al nome di:

Cognome **CAVALLO**
Nome **ANGELA**
Data di nascita **10/06/1979**
Luogo di Nascita **FRANCAVILLA FONTANA (BR) - ITALIA**
Sesso **F**



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 BRINDISI

BRINDISI, 14/08/2020 09:04



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Dott. Michele SALONNA

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	Nome	Luogo di Nascita	Data di nascita	Sesso	Paternità	Codice Fiscale
CAVALLO	ANGELA	FRANCAVILLA FONTANA	10/06/1979	F		

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



Curriculum Vitae Europass

Fotografia (facoltativa)

Informazioni personali

Nome e Cognome **Angela Cavallo**
 Indirizzo **Via Caterina Scaszeri 128 72022 Latiano BR**
 Telefono **3487420370**
 Fax
 E-mail **lucianovale@hotmail.it**
 Cittadinanza **Italiana**
 Data di nascita **10/06/1979**
 Sesso **F**

Occupazione desiderata

Esperienza professionale

Date Indicare le esperienze professionali iniziando dalla più recente
 Lavoro o posizione ricoperti **Operatore Socio Sanitario**
 Principali attività e responsabilità
 Nome e indirizzo del datore di lavoro **Società Coop. San Bernardo S.R.L.**
 Tipo di attività o settore **Sanitario**

Istruzione e formazione

Date Indicare il percorso formativo iniziando dal più recente
 Titolo della qualifica rilasciata **O.S.S.**
 Principali tematiche/competenze professionali possedute
 Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione **En.A.I.P.-Puglia**

Competenze personali

Madrelingua(e) Indicare la/e lingua madre **Italiano**

Altra(e) lingua(e) **Inglese**

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Lingua

Lingua

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

(*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue

Capacità e competenze sociali

Capacità e competenze organizzative

Capacità e competenze tecniche

Capacità e competenze
informatiche

Capacità e competenze artistiche

Altre capacità e competenze

Patente B

Ulteriori informazioni

Allegati Indicare gli allegati al CV (facoltativo)

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel mio curriculum vitae in base all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'E. B. Agale'.