

CURRICULUM VITAE

Dott.ssa ELENA FRACASSI

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	ELENA FRACASSI
Indirizzo	VIA MONTORIO 13, 37131 VERONA
Telefono	045 2470972
Cellulare	347 7168693
Fax	
E-mail	elena.fracassi@univr.it
Stato Civile	Coniugata
Nazionalità	ITALIANA
Nato a	GENOVA
Data di nascita	31/12/1966
Codice Fiscale	FRCLNE66T71D969H

QUALIFICA

University Researcher at Verona University, Department of Medicina, Rheumatology

PROFESSIONAL EXPERIENCE

- Date (da – a)
- Attività

From 1995 to 2008

Research activity (also as PhD) on bone metabolism and skeletal diseases as collaborator of Prof Silvano Adami, Full Professor of Rheumatology at Verona University and Chief of Rheumatology Unit

From 2008 to present

Working as University Researcher in the same Rheumatology Unit conducting clinical trials and studies on rheumatic and osteometabolic disease.

From 1999 to present

She has participated as Co-Investigator and also as PI in many clinical trials of phase I, II, III and IV on rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, gout, osteoporosis, osteoarthritis

PRINCIPAL ACTIVITY AND RESPONSABILITY

Scientific and teaching activities

From 2001 to present

Role as speaker in courses on osteoporosis specialistic outpatient clinic management

From February 2009 to present

Role as tutor of the Rheumatology Residency School at Verona University.

Scientific Publication

The scientific activity is well documented by 54 papers published in international journals present in the 'Index Medicus

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) **1985**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione High School - Liceo Scientifico Leonardo da Vinci, Genova
- Date (da – a) **1994**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Medicine and Surgery degree - Università degli Studi di Genova
- Date (da – a) **2001**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Residency in Geriatrics - Università degli Studi di Verona
- Date (da – a) **2009**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Ph.D in medical sciences
- Date (da – a) **2010**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Ph.D, MD

MOTHER LANGUAGE

ITALIAN

OTHER LANGUAGES

English

•Reading skills Excellent

•Writing skills Good

•Speaking skills

Good

CAPACITÀ E COMPETENZE

She has particular skills in injective therapies such intra-articular and peri-articular injection for local treatment of rheumatic diseases

PATENTE O PATENTI

Patente B

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di dati personali) dichiara di essere stato informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con

strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione – srt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiaro che le informazioni riportate nel CV sono veritiere.

Luogo e data:

VERONA, 05-03-2024

FIRMA DEL DICHIARANTE

