



Ministero della Giustizia

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

CERTIFICATO NUMERO: 45676/2021/R

Al nome di:

Cognome **TORRES**
Nome **KARIM CECILIA**
Data di nascita **19/01/1972**
Luogo di Nascita **ICA - PERU'**
Sesso **F**



sulla richiesta di:
per uso:

INTERESSATO
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 TORINO

TORINO, 17/08/2021 13:33



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO
(SCERRA DOMENICO)

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
TORRES	KARIM CECILIA	ICA (PERU)	19/01/1972	F		

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



Curriculum Vitae

Informazioni personali

Cognome e Nome TORRES KARIM CECILIA

Nazionalità ITALIANA

Data di nascita (Giorno, mese, anno GG/MM/YYYY) 19.01.1970 A ICA - PERU'

Esperienza lavorativa

RESPONSABILE DELL'INFERMERIA ALL'INTERNO DELLA FABBRICA
MARTINI E ROSSI PRESSO CHIERI, CASA DI CURA SCAMILLO
PRESSO IL REPARTO DI PSIATRICA, REPARTO DELLA
COMUNITA' PSICHIATRICA PRESSO ASL DI COLLENO

Istruzione e formazione

LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE

MEDIATORE CIVILE - CORSO DI RSPP E ASPP (TUTTI SETTORI)

MASTER IN MANAGEMENT PER LE FUNZIONI E COORDINAMENTO

NELL'AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Madre lingua ITALIANO

Altre lingue SPAGNOLO

Patente o patenti CAT B

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali, secondo quanto previsto dal
D.Lgs. n°196 / 2003 e dal Regolamento (UE) 2016 / 679

Luogo e data TORINO 25.08.2021

Firma 