

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome Jason Motta Jones
Indirizzo ///////////////////////////////////
Telefono ////////////////////////////////// ///
Fax ///////////////////////////////////
E-mail ///////////////////////////////////
Nazionalità Italiana
Data di nascita //////////////////////////////////

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) da ottobre 2017 ad oggi
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Humanitas Dental Center
- Tipo di azienda o settore Sanità
- Tipo di impiego Contratto di “ Responsabile Chirurgia Orale “
- Principali mansioni e responsabilità Assistenza , Didattica

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *Dal 2011*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Università degli studi di Milano Scuola di Specializzazione in Chirurgia Maxillo Facciale
- Tipo di azienda o settore *Didattica*
 - Tipo di impiego Professore a contratto
 - Principali mansioni e responsabilità Docente di Chirurgia Implantare e Pre impiantare II Med 29

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *Dal 2013*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Università degli studi di Milano Scuola di Specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica
- Tipo di azienda o settore *Didattica*
 - Tipo di impiego Professore a contratto
 - Principali mansioni e responsabilità Docente di Chirurgia Piezoelettrica ed exodontica

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *1997 ad oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Studio Odontoiatrico Motta Jones-Rossi*
- Tipo di azienda o settore *Odontoiatrico*
 - Tipo di impiego *Libero Professionista*
 - Principali mansioni e responsabilità

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *2004 ad oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *I.R.C.C.S Istituto Ortopedico Galeazzi – Milano- Reparto di Odontostomatologia- Unità di chirurgia orale*
- Tipo di azienda o settore *Ospedaliero*
 - Tipo di impiego *Responsabile Unità*
 - Principali mansioni e responsabilità *Chirurgia Odontostomatologica*

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *1996-2001*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Azienda Ospedaliera S.Paolo Milano – Reparto Odontoiatria- Unità di Chirurgia Orale*
- Tipo di azienda o settore *Ospedaliera*
 - Tipo di impiego *Medico Frequentatore*
 - Principali mansioni e responsabilità *Didattico - assistenziale*

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) *2006-2008*
- Nome e tipo Istituto *Università degli Studi di Milano – Scuola di Specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica*
- Qualifica Conseguita *Specialista in Chirurgia Odontostomatologica votazione: 70 e lode*

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) *1991-1996*
- Nome e tipo Istituto *Università degli studi di Milano- Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria*
- Qualifica Conseguita *Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria votazione : 110 e lode*

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) *1986-1991*
- Nome e tipo Istituto *International School of Milan*
- Qualifica Conseguita *Diploma di Maturità Inglese*

PRIMA LINGUA Italiano

ALTRE LINGUE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

Inglese

Madre Lingua

Madre Lingua

Madre Lingua

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

Presidente SICOI biennio 2015-2016

Socio attivo SICOI

Fellow European Board of Oral Surgery (F.E.B.O.S)

Socio attivo fondatore Piezosurgery Academy

Socio Fondatore Associazione Italiana Sedazionisti Odontoiatri (A.I.S.O.D)

ITI Member

SOCIO Fondatore e Attivo Italian Academy of osseointegration

VICE PRESIDENTE International Piezosurgery Academy 2017-2019

Responsabile Progetto IAO young campus 2017-2018

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

Autore di Articoli Scientifici Nazionali

Co-Autore di libri di testo su argomenti di chirurgia orale

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

Relatore a congressi e corsi nazionali su tematiche di chirurgia orale

PATENTE O PATENTI

A B

ALLEGATI

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

CITTA' _____

DATA_05-09- 2017

NOME E COGNOME (FIRMA)

FIRMATO