

# Curriculum Vitae

## Informazioni personali

Cognome Nome **AZZI ROBERTO**

Indirizzo Via Bellini,5 Follonica

Telefono **3391561212**

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Cittadinanza italiana

Luogo e data di nascita Follonica 23.09.1955

**ESPERIENZA LAVORATIVA** MEDICO DENTISTA

---

---

---

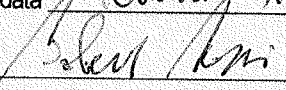
**Titolo di studio e formazione** Specialista in odontoiatria

---

**Lingue parlate**

---

Luogo e data Follonica 16/05/2026

Firma 

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea del 27 Aprile 2016)