

**Curriculum Vitae  
Europass**

**Informazioni personali**

Nome / Cognome

MICHELINA D'INNOCENZIO

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

Data di nascita

Il/La sottoscritta, consapevole delle sanzioni penali e leggi speciali vigenti in materia e previste dall'art. 75 DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nell'ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sopra citato,

**dichiara**

sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli:

**Esperienza professionale**

**Rese a favore di P.A.**

Date

DAL 22/07/81 AL 03/03/93 INCASSO E RICEVUTE PROFESSIONALE COLLABORATORE PRESSO U.S.L. RIJINI

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

DAL 10/03/93 AL 05/04/94 RUOLO ASSISTENTE AMMINISTRATIVO COLLABORATORE PRESSO U.S.L. N. 42 RIJIONE

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

DAL 01/07/94 AL 31/12/97 RUOLO ASSISTENTE SANITARIO COLLABORATORE AZIENDA U.S.L. RIJINI

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

DAL 03/01/98 AL 31/05/20 PARTORIO TEMPO INDETERMINATO OPERAZIONE PROFESSIONALE SANITARIA - ASSISTENTE INFERMIERE PRESSO AZIENDA U.S.L. RIJINI

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

**Esperienza professionale  
Realtà a favore di Datori di  
Lavoro Privati**

Date

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date

Lavoro o posizione ricoperti

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

**Istruzione e formazione**

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

Date

Titolo della qualifica rilasciata

Principali tematiche/competenze  
professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

08/04/81

DIPLOMA DI INFORMATICA PER OPERAI/OPERAISSIME

23/07/65

DIPLOMA MANUBRANTE PROFESSIONALE

28/01/82

DIPLOMA DI ASSISTENTE SANITARIO

20/02/87

LAUREA IN PERCORSI EDUCATIVI PER LA GARZIA  
FACOLTA' DI GIURISPRUDENZA

**Corsi di aggiornamento**

Data

Nome e tipo d'organizzazione  
erogatrice dell'istruzione e formazione

**Capacità e competenze  
personali**

Madrelingua

ITALIANA

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

Lingua .....

Lingua .....

Allegati

| Comprensione |         | Parlato           |                  | Scritto |  |
|--------------|---------|-------------------|------------------|---------|--|
| Ascolto      | Letture | Interazione orale | Produzione orale |         |  |
|              |         |                   |                  |         |  |
|              |         |                   |                  |         |  |

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196  
"Codice in materia di protezione dei dati personali".

Firma