



Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome / Cognome ALESSANDRA BOLOGNA
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. 76 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	01/06/2022-30/11/2022
Lavoro o posizione ricoperti	Medico di Continuità Assistenziale presso Pronto Soccorso di Rimini
Principali attività e responsabilità	Medico di Pronto Soccorso
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AUSL Romagna
Tipo di attività o settore	Pronto Soccorso
Date	01/04/2021 – 30/09/2021
Lavoro o posizione ricoperti	Medico con contratto co.co.co presso Pronto Soccorso di Rimini
Principali attività e responsabilità	Medico di Pronto Soccorso
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AUSL Romagna
Tipo di attività o settore	Pronto Soccorso
Date	31/12/2020 – 31/01/2021
Lavoro o posizione ricoperti	Medico con contratto co.co.co presso Pronto Soccorso del Delta
Principali attività e responsabilità	Medico di Pronto Soccorso
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AUSL Ferrara
Tipo di attività o settore	Pronto Soccorso
Date	01/09/2020 – 31/10/2020
Lavoro o posizione ricoperti	Medico di Continuità Assistenziale presso Pronto Soccorso di Ravenna
Principali attività e responsabilità	Medico di Pronto Soccorso
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AUSL Romagna
Tipo di attività o settore	Pronto Soccorso
Date	2016-2017
Lavoro o posizione ricoperti	Medico di Croce Rossa
Principali attività e responsabilità	Medico di PSSA presso Aeroporto di Rimini, assistenza medica a eventi sportivi e generici
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Croce Rossa di Rimini

Tipo di attività o settore Medico

Esperienza professionale Rese a favore di Datori di Lavoro Privati

Date **2016-2017**

Lavoro o posizione ricoperti Sostituzione di medici di Medicina Generale

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Date **2016-2017**

Lavoro o posizione ricoperti Istruttore corsi BLS per personale di azienda

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

Istruzione e formazione

Date **12/2017 – 29/12/2022**

Titolo della qualifica rilasciata Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza

Principali tematiche/competenze professionali acquisite Pronto Soccorso, Reparto di Medicina d'Urgenza e Servizio di Emergenza Territoriale

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università di Ferrara

Date **13/10/2015**

Titolo della qualifica rilasciata Laurea in Medicina e Chirurgia

Principali tematiche/competenze professionali acquisite

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università di Bologna

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

Corsi di aggiornamento

Data **2022**
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione AHA - ACLS, PALS

Data **2019**
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione IRC – PTC avanzato

Data **2020-2021**
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione SIMEU – SAU base e avanzato, B-TOX, Dall'Ossigeno alla CPAP, Dalla CPAP alla NIV

Data **2019**
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione ACS – Auditor presso ATLS

Autovalutazione

Livello europeo ()*

Lingua Inglese

Lingua Spagnolo

Comprensione		Parlato				Scritto	
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale	
	Ottimo		Ottimo		Ottimo		Ottimo
	Buono		Buono		Buono		Sufficiente

Allegati

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