

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

redatto in forma di DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000

La sottoscritta **DISTANTE ALESSIA**
e-mail alessia.distante@auslromagna.it

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità e che le eventuali fotocopie di titoli allegati sono conformi all'originale.

DICHIARA di essere in possesso dei seguenti titoli:

(la dichiarazione resa, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione di quanto si dichiara)

TITOLI DI STUDIO

A) Elencare titoli di studio/abilitazioni professionali, lauree, specializzazioni, dottorati, master ecc:

Titolo di studio (indicare denominazione esatta, classe di laurea, durata legale del corso di studi)	Conseguito il (gg/mm/aa)	Presso (indicare Scuola/Università/Ente e sede legale)
Laurea in Infermieristica SNT/1-Classe delle lauree nelle Professioni Sanitarie Infermieristiche e Professione Sanitaria Ostetrica 2004/2007	20/11/2007	Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Master Universitario di I Livello in Funzioni di Coordinamento nelle Professioni Sanitarie nell' A.A. 2012/2013	28/04/2014	Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Professionista Sanitario Esperto in Comunicazione Ipnologica Anno 2022	26/11/2022	Istituto Franco Granone Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale C.I.I.C.S.

aggiungere righe in caso di necessità

B) Iscrizione ad Ordini Professionali/Albi Professionali

(indicare anche le iscrizioni precedenti all'attuale):

Ordine Professionale/ Albo Professionale	Numero	Dal (gg/mm/aa)	Sede legale (indicare città):
Ordine delle Professioni Infermieristiche	1672	02/01/2008	Rimini

aggiungere righe in caso di necessità

CURRICULUM PROFESSIONALE

C) Attività lavorativa svolta presso il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) e altre Pubbliche Amministrazioni:

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti per datori di lavoro privati o mediante intermediari con, ad esempio, agenzie interinali / cooperative / altro, che possono essere dichiarate nella sezione dedicata)

	Datore di lavoro (Ente) Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	Impegno orario settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	Azienda UsI Rimini	01/02/2008	30/04/2009	Dipendente a tempo determinato	Infermiere	36 ore
	Azienda Ausl Romagna	01/05/2009	A Tutt'oggi	Dipendente a tempo indeterminato	Infermiere	36 ore
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)					
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.) Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Dal 01/02/2008 al 29/07/2018: U.O. Pronto Soccorso e Medicina D'Urgenza Rimini Dal 30/07/2018 a tutt'oggi: U.O. Cardiologia Rimini - Laboratorio di Emodinamica ed Elettrofisiologia Dal 03/06/2025 Incarico di Funzione Professionale Infermiere Esperto Bed Manager ambito Rimini In Pronto Soccorso: Infermiera in ambulatorio, Urgenza e Triage; Infermiere Rivalutatore. Laboratorio di Emodinamica ed Elettrofisiologia: Infermiera strumentista, Infermiera circolante ed Infermiera équipe Tavi.				

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

D) Attività lavorativa svolta presso Case di Cura / Strutture sanitarie convenzionate o accreditate con il SSN:

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti per datori di lavoro privati non convenzionati/accreditati, che possono essere dichiarati nelle sezioni seguenti)

	Datore di lavoro Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dalla sede legale - via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1							
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		

	Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività	
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	

E) Attività lavorativa svolta mediante intermediari privati (es. agenzie interinali / coop / altri) esclusivamente in favore di Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale o altre Pubbliche Amministrazioni:

1	Datore di lavoro Denominazione, Sede legale, via, città	Ente dove viene svolta l'attività lavorativa denominazione dell'Ente, sede, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)					Motivo:	
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività						
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

F) Attività lavorativa svolta presso altre strutture private (l'attività lavorativa presso Case di Cura / strutture convenzionate / accreditate va riportata nella sezione D)

1	Datore di lavoro Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Azienda dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dal datore, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)					Motivo:	
	Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività						
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

segue **CURRICULUM PROFESSIONALE**

G) Incarichi di **Docenza** per **Centri di Formazione autorizzati, Scuole/Istituti scolastici pubblici/riconosciuti, Università** (riportare in ordine cronologico):

	Centro formativo/Scuola/Università Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data fine (gg/mm/aa)	Indicare numero di anni scolastici/anni accademici interessati	Impegno orario complessivo	Materia di insegnamento
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

aggiungere righe in caso di necessità

CURRICULUM FORMATIVO

H) Attività di **Relatore / Docente / Tutor / Moderatore / Segreteria Scientifica** nell'ambito di eventi formativi e/o di aggiornamento professionale:

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario)	Titolo dell'evento formativo	Data / date (gg/mm/aa) e durata espressa in ore / giornate	Ruolo (Relatore, Moderatore ecc.)	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

aggiungere righe in caso di necessità

segue **CURRICULUM FORMATIVO**

I) Al fine dell'accertamento del requisito richiesto alla lettera c) del punto 2 dell'avviso di selezione, dichiarare i percorsi formativi complementari e specifici, di ogni ordine e grado (residenziali aziendali accreditati e/o progettati / promossi da Associazioni Professionali e/o Ordini Professionali e/o Atenei Universitari), anche svolti in epoca pregressa alla data dell'avviso, **atti a comprovare l'acquisizione di competenze avanzate. Le aree tematiche della formazione complementare e specifica, dovranno essere pertinenti alle aree di responsabilità e macro funzioni descritte nelle aree di responsabilità dell'incarico e l'attinenza delle stesse verrà valutata dalla Commissione.**

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario ecc.)	Titolo dell'evento formativo	Data/date (gg/mm/aa) di svolgimento e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

aggiungere righe in caso di necessità

J) Partecipazione ad **ulteriori** eventi formativi e/o di aggiornamento professionale in qualità di **discente / uditore** (es. corsi/convegni/seminari):

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario ecc.)	Titolo dell'evento formativo	Data/date (gg/mm/aa) di svolgimento e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1.	Azienda USL della Romagna	Corso in presenza	Aggiornamento Antincendio Alto Rischio	21/05/2021 ORE 8	10,40
2.	Azienda USL della Romagna	Corso in presenza	Il potere delle parole. Nozioni di Comunicazione Ipnologica	13/12/2021 ORE 3	4,80
3.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Prevenzione della Corruzione, trasparenza e integrità per sanitari	Dal 01/01/2022 al 31/12/2022 ORE 5	5,00
4.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Emocoltura perché?	Dal 01/01/2022 al 31/12/2022 ORE 10	10,00
5.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	La gestione dell'attività vaccinale nell'AUSL della Romagna	Dal 26/01/2022 al 23/12/2022 ORE 10	15,00
6.	Selene S.R.L. Eventi & Congressi (Accreditamento n 804)	Corso in presenza	Corso di formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnologica	Dal 10/03/2022 al 26/11/2022	50,00
7.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Linee Indirizzo Wound Care	Dal 31/01/2022 al 31/12/2022 ORE 7	6,50
8.	Azienda USL della Romagna	Corso in presenza	Ipnosi Clinica per Professionisti Sanitari-Romagna	25/02/2022 ORE 3	3,00
9.	Azienda USL della Romagna	Corso in presenza	Gruppo di Miglioramento per revisione dei piani di attività ed implementazione di check-list per unificare i comportamenti	Dal 01/06/2022 al 27/12/2022 ORE 20	20,00
10.	Azienda Ospedaliero-Università di Bologna "Policlinico Sant'Orsola-Malpighi"	Corso FAD	AOBO Corso Regionale Medicazioni avanzate	Dal 28/06/2022 al 31/12/2022 ORE 9	9,00
11.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Informazione e formazione sul corretto utilizzo di aghi e siringhe 2022	Dal 13/07/2022 al 29/12/2022 ORE 2	2,00
12.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Scompenso Cardiaco	Dal 19/01/2023 al 23/12/2023 ORE 3	4,50

13.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Igiene delle Mani Nuova Edizione 4	Dal 02/02/2023 al 29/12/2023 ORE 3	4,50
14.	Azienda USL della Romagna	Corso in presenza	Impella	09/02/2023 ORE 3	4,80
15.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	La prevenzione del rischio Infettivo e antimicrobico resistenza MOD 11	Dal 13/02/2023 al 28/12/2023 ORE 3	3,90
16.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	PNRR Action Plan m6c2 2. 2b-ica a - Antimicrobial Stewardship MOD 3 2	Dal 13/02/2023 al 28/12/2023 ORE 8	10,40
17.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	PNRR Action Plan m6c2 2. 2b-ica a – La prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza MOD 2 2	Dal 13/02/2023 al 28/12/2023 ORE 3	3,90
18.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Sinergie e integrazione tra risk management e rischio infettivo – Modulo 4 1	Dal 01/03/2023 al 29/12/2023 ORE 3	3,90
19.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Il rapporto di pubblico impiego: Responsabilità disciplinare e prevenzione della corruzione	Dal 04/07/2023 al 29/12/2023 ORE 3	3,00
20.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Tecniche Avanzate: EGA, Intossicazione da Monossido, Farmaci in Urgenza	Dal 30/01/2024 al 07/12/2024 ORE 4	6,00
21.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	PNRR Action Plan m6c2 2. 2b-ica a – Vaccinazioni e operatori sanitari- edizione 2024 Modulo 7 2	Dal 05/02/2024 al 23/09/2024 ORE 1	1,30
22.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	PNRR Action Plan m6c2 2. 2b-ica a – Gestione eventi epidemici e pandemici – Modulo 5 3	Dal 05/02/2024 al 23/09/2024 ORE 1	1,30
23.	Azienda USL della Romagna	Corso in presenza	Perorso TAVI 3	19/02/2024 ORE 3	3,00
24.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	PNRR Action Plan m6c2 2. 2b-ica a – Il contrasto alla Sepsis Modulo 6 2	Dal 19/02/2024 al 23/09/2024 ORE 1	1,30
25.	Ospedale del Cuore G. Pasquinucci – Massa Carrara	Corso in presenza	Formazione ed addestramento THV (Sostituzione Valvolare Transcatetere)	15/03/2024 ORE 6	0
26.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	PNRR Action Plan M6C2 2.2b-ICA C Implementazione della PA 288: prevenzione delle infezioni correlate a catetere vescicale 8	Dal 16/05/2024 al 11/12/2024 ORE 2	2,00

27.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	PNRR Action Plan M6C2 2.2b-ICA C Implementazione della PA 297 Prevenzione del rischio infettivo nella gestione degli accessi vascolari venosi 6	Dal 04/10/2024 al 11/12/2024 ORE 2	2,00
28.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	PNRR Action Plan M6C2 2.2b-ICA C : Seasonal Influenza preparedness 5	Dal 24/10/2024 al 11/12/2024 ORE 2	2,00
29.	Ospedale Morgagni-Pierantoni	Corso in presenza	Formazione ed addestramento THV (Sostituzione Valvolare Transcatetere)	25/01/2024 ORE 6	In fase di accreditamento
30.	Ospedale Morgagni-Pierantoni	Corso in presenza	Formazione ed addestramento THV (Sostituzione Valvolare Transcatetere)	16/05/2024 ORE 6	In fase di accreditamento
31.	Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola- Malpighi	Corso in presenza	Formazione ed addestramento THV (Sostituzione Valvolare Transcatetere)	17/05/2024 ORE 6	In fase di accreditamento
32.	Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola- Malpighi	Corso in presenza	Formazione ed addestramento THV (Sostituzione Valvolare Transcatetere)	23/05/2024 ORE 6	In fase di accreditamento
33.	Azienda UsI della Romagna	Corso FAD	Vigilanza Dispositivi Medici 2025	24/02/2024 ORE 6	9,00
34.	Azienda UsI della Romagna	Corso FAD	Sicurezza delle Cure: Un'opportunità per il cambiamento 2025	17/02/2025 ORE 3	3,00
35.	Azienda UsI della Romagna	Corso FAD	Percorso Avanzato Triage in Pronto Soccorso: nuovi colori per accogliere 2025	20/02/2025 ORE 8	8,00
36.	Azienda UsI della Romagna	Corso FAD	MappER Mani App Emilia Romagna – L'innovazione digitale per l'adesione all'igiene delle mani 2025	24/02/2024 ORE 1	1,00
37.	Azienda UsI della Romagna	Corso FAD	Corso 1.B Corso di Formazione personale Sanitario Gas Medicali 2025	24/02/2025 ORE 7	7,00
38.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	BLSD online Pediatrico 2025	25/02/2025 ORE 3	3,00
39.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	BLSD online Adulto 2025	24/02/2025 ORE 3	3,00
40.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Attività Vaccinale AUSL della Romagna 2025	25/02/2025 ORE 10	15,00
41.	Azienda USL della Romagna	Corso FAD	Violazioni Privacy 2025	17/02/2025 ORE 2	2,00

aggiungere righe in caso di necessità

κ) Attività tramite **Borsa di studio / Frequenza volontaria / Tirocinio:**

Ente conferente Denominazione, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività – se Ente diverso dal conferente Denominazione dell'Ente Sede, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
--	---	---------------------------------	-------------------------------------	--	--

1						
	Ambiti in cui l'attività è stata svolta, principali mansioni, responsabilità, capacità e competenze acquisite					

L) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

Elencare in ordine cronologico i singoli titoli degli articoli/capitoli/abstract ecc., gli estremi della rivista, gli autori avendo cura di evidenziare il proprio nome, l'anno di pubblicazione, allegando copia di ciascun lavoro nel medesimo ordine.

I lavori non allegati non potranno essere valutati.

1
2
3
4
5
6
7

aggiungere righe in caso di necessità

M) ULTERIORI INFORMAZIONI

Capacità e competenze informatiche:

Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite

Buone competenze informatiche

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

Buona conoscenza della lingua Inglese

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

(aggiungere righe in caso di necessità)

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nel CV ai sensi del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data 04/06/2025

FIRMA _____

(FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso, o FIRMA DIGITALE certificata)