

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
redatto in forma di **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000**

La sottoscritta BAGNOLINI CLAUDIA
(cognome) (nome)
nata a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Prov. _____
via _____ n. _____
Telefoni _____
e-mail: claudia.bagnolini@auslromagna.it
PEC _____

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)
Diploma di Master in Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie – Area Infermieristica ed Ostetrica (1 anno accademico)	26/11/2009	Facoltà di Economia “Università Carlo Cattaneo – LIUC”
Diploma Universitario in Infermiere (3 anni accademici)	17/10/2001	Facoltà di Medicina e Chirurgia Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
Tecnico dei Servizi Sociali (5 anni)	A.S. 1997/'98	Istituto professionale di Stato per i Servizi Sociali “Iris Versari”

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 Forlì – Cesena / Infermiere	3287	26/10/2001	V.le Domenico Bolognesi, 19 47121 Forlì (FC)

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 Es: infermiere/fisioterapista - area dei professionisti della salute e dei funzionari	Impegno orario settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	AUSL della Romagna Sede Legale Via De Gasperi, 8 48121 Ravenna	08/11/2001		Dipendente a Tempo Indeterminato	Infermiere	36 ore sett.
	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	Dal 01/03/2024 I.F.O. U.O. Centro Grandi Ustionati Dal 07/06/2010 ad oggi U.O. Centro Grandi Ustionati Dal 17/11/2001 al 06/06/2010 UO Chirurgia Generale Toracica, Vascolare e Urologia				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Sostituzione Coordinatore Infermieristico UO Chirurgia Generale Toracica, Vascolare e Urologia nei periodi di assenza. Dal 01/2007 al 06/2010 RAQ Referente Aziendale Qualità per UO di Chirurgia Toracica, Vascolare e Urologia Infermiere Case Manager c/o U.O. Centro Grandi Ustionati dal 02/2020 Assegnazione temporanea Funzione di supporto Organizzativo U.O. Centro Grandi Ustionati Dermatologia Cesena dal 27/01/2023				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Gestione delle Risorse Umane, Rilevazione e organizzazione dei bisogni formativi, Gestione del processo assistenziale e dei percorsi clinici del paziente di una UO di Degenza di area Critica, Partecipazione al processo di budgeting e collaborazione nella realizzazione dei progetti negoziati con il direttore di UO, Valutazione del personale, gestione delle risorse materiali e tecnologiche, organizzazione dei servizi domestico – alberghieri, Monitoraggio della spesa farmaceutica Controllo dei servizi appaltati in gestione. Promozione e pianificazione della formazione del personale assegnato (PAF).				

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 Es: infermiere/fisioterapista - area dei professionisti della salute e dei funzionari	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 Es: infermiere/ fisioterapista - area dei professionisti della salute e dei funzionari	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

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.	UO Chirurgia Toracica	Corso di formazione interno	"Assistenza al paziente sottoposto a chirurgia toracica"	Anno 2004 e 2005 / 6 ore	Relatore	-
2.						
3.						
4.						
5.						

aggiungere righe in caso di necessità

CURRICULUM FORMATIVO

I) Partecipazione in qualità di **discente** / **uditore** ad eventi formativi e/o di aggiornamento professionale (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.	AUSL della Romagna	Corso	Corso Teorico – pratico per infermiere guida di tirocinio	15/11/2002 – 20/12/2002	23
2.	AUSL della Romagna	Corso	Metodologia della ricerca clinica e cenni di evidence based practice 1° livello	2003	30
3.	AUSL della Romagna	Corso	Risk management in ambito infermieristico: modalità di gestione e prevenzione del rischio	04/05/2005 – 23/05/2005	27
4.	AUSL della Romagna	Corso	Realizzazione di un sistema Qualità sul modello regionale per l'accreditamento	22/02/2005 – 1/04/2005	20
5.	AUSL della Romagna	FSC	FSC_ Accoglimento, addestramento, inserimento e valutazione dell'infermiere neo inserito in una UO di degenza breve chirurgica polispecialistica	2/05/2005 – 31/12/2005	7
6.	AUSL della Romagna	Corso	Metodi e strumenti per il controllo e la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	06/03/2006	3
7.	AUSL della Romagna	Corso	Rete aziendale per la prevenzione e il controllo del rischio infettivo in ambito sanitario	27/03/2006 – 14/04/2006	16
8.	AUSL della Romagna	FSC	FSC_ L'emergenza Cardiorespiratoria nei reparti di degenza	28/03/2007 – 31/12/2007	2
9.	AUSL della Romagna	Corso	La gestione del rischio nelle strutture sanitarie. Implementazione sistema di Incident reporting per la sorveglianza degli eventi indesiderati	22/10/2007	4
10.	AUSL della Romagna	Corso	Paediatric Basic Life Support (PBLs)	20/11/2007	10
11.	AUSL della Romagna	Corso	La responsabilità giuridica nella prescrizione e nella somministrazione dei farmaci	15/10/2007	5
12.	AUSL della Romagna	FSC	FSC_ Implementazione sistema di sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico	15/01/2008 31/12/2008	15
13.	Comando Provinciale Vigili del Fuoco Forlì Cesena	Corso	Attestato di Idoneità Tecnica per l'espletamento dell'incarico di "Addetto Antiincendio" per attività a rischio di incendio ELEVATO	15/05/2007	
14.	SIUST (Società Italiana Ustioni)	Convegno	22° Congresso Nazionale SIUST	6-8/10/2016	

15.	AIFPS	Convegno	8° Congresso Sale Operatorie e Aree Interventistiche Chirurgiche San Marino.	26-27/10/2018	
16.	ADOI - SIDEMAST	Congresso	La Dermatologia nelle Regioni	Cesena 14/12/2019	
17.	AUSL della Romagna	Corso	Aggiornamneto antincendio Alto Rischio 2022	08/11/2022	
18.	AUSL della Romagna	FSC	FSC_ Applicazione delle scale di misurazione del dolore post- operatorio	1/5/2008-31/12/2008	15
19.	AUSL della Romagna	Corso	Gestione dei beni sanitari nelle UUOO/Servizi e criteri di verifica: Medicinali, Stupefacenti, Dispositivi medici	15/11/2023	
20.	AUSL della Romagna	Corso	Prevenzione e controllo delle ICA: PA212 rev.1 Ricaduta Formativa	27/07/2023	
21.	AUSL della Romagna	Corso	Aggiornamento per prescrizione ausili assistenziali	09/11/2023	
22.	AUSL della Romagna	Corso	Antimicrobial stewardship in ospedale. Il programma aziendale AUSL della Romagna	22/06/2023	

aggiungere righe in caso di necessità

J) 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	AUSL della Romagna Sede Legale Via De Gasperi, 8 48121 Ravenna	Direzione Infermieristica e Tecnica Cesena – Gestione del Rischio Infettivo		10/2009	Tirocinio Master per Funzioni di Coordinamento	150 ore 22 CFU
2	AUSL della Romagna Sede Legale Via De Gasperi, 8 48121 Ravenna	-	07/2001	09/2001	Borsa di studio	407,30 ore

Ripetere lo schema per ogni altra attività

K) 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

8

9

10

aggiungere righe in caso di necessità

L) ULTERIORI INFORMAZIONI

Capacità e competenze informatiche:

Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite

Buona padronanza degli Strumenti Microsoft Office e utilizzo dei Sistemi Operativi Gestionali

Aziendali _____

(aggiungere righe in caso di necessità)

Lingue Straniere:

Discreta Conoscenza Lingua Inglese

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

allego dichiarazione sostitutiva di certificazione fornitami dall'azienda AUSL della Romagna a completamento del curriculum formativo _____

(aggiungere righe in caso di necessità)

Data 01/03/2024 _____

FIRMA _____

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