

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritt _____ BARONCINI _____ GIULIA _____
(cognome) (nome)

nato a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Prov. _____

via _____ n. _____

Telefoni _____

e-mail giulia.baroncini@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)
LAUREA IN INFERMIERISTICA	11/11/2009	UNIVERSITA' DI BOLOGNA
MASTER I LIVELLO IN "CASE MANAGEMENT IN AMBITO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO"	09/11/2021	UNIVERSITA' TELEMATICA PEGASO

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):
OPI RAVENNA (EX IPASVI)	3894	18/11/2009	RAVENNA

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)
	AUSL ROMAGNA	06/07/2010	AD OGGI	TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	36 ORE
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 in cui è stata svolta l'attività	DA LUGLIO 2010 A GENNAIO 2025 MEDICINA ORDINARIA 1 P.O. FAENZA DAL 7 GENNAIO 2025 IN MEDICINA INTERNA LUGO				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	DAL 2018 AD OGGI RICOPERTO RUOLO CASE MANAGER DAL 2020 SOSTITUZIONE COORDINATORE QUANDO ASSENTE/FERIE TUTORAGGIO NEO ASSUNTI E STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA REFERENTE DELLA FORMAZIONE CON ATTIVITA' DI PROGETTAZIONE DEI CORSI				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	MEDICINA ORDINARIA 1, ATTIVITA' DI CASE MANAGER, PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI E PROGRAMMAZIONE PERCORSO INTRA OSPEDALIERO E PROGRAMMA DI DIMISSIONE MEDICINA INTERNA LUGO: INCARICO DI CASE MANAGER				

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:						

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

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:

	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)
1	COOP. SOCIALE IN CAMMINO	CASA DI RIPOSO CAMERINI	15/03/2010	5/7/2010	TEMPO DETERMINATO	INFERMIER A	36 ORE
	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		CRA CAMERINI				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		Assistenza infermieristica, somministrazione della terapia				

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)

	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)
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:						

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.	UNIVERSITA' DI BOLOGNA, SEDE FAENZA	09/02/2024	09/02/2024		2 ORE	PRESENTAZIONE FIGURA CASE MANAGER AGLI STUDENTI DEL CORCO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
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.	AUSL ROMAGNA	CORSO	SOCIALIZZAZIONE PROCEDURA PA 271 GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO E NUOVA PROCEDURA SULLA GESTIONE DELLE EMERGENZE MET	23/11/2023 2 ORE	RELATORE	
2.						
3.						
4.						

aggiungere righe in caso di necessità

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.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Il case management modulo 1- corso per i Case Manager aziendali	12/11/2018 4 ORE	4
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

aggiungere righe in caso di necessità

J) 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
7.	VEDI ALLEGATI				
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					

aggiungere righe in caso di necessità

K) 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					

Ripetere lo schema per ogni altra attività

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

8

9

10

aggiungere righe in caso di necessità

VI) ULTERIORI INFORMAZIONI

Capacità e competenze informatiche:

Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite

__Buone capacità di utilizzare il computer, conoscenza di microsoft office (word, excel) competenze acquisite alla scuola superiore, buone capacità di utilizzare internet_____

aggiungere righe in caso di necessità)

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

__INGLESE: conoscenza base parlato e scritto_____

aggiungere righe in caso di necessità)

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

aggiungere righe in caso di necessità)