

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

Il/La sottoscritta

BISULLI TADESE

NATASHA CAROL

e-mail

natashacarol.bisullitadese@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 triennale in scienze Infermieristiche	14/11/2012	Alma Mater Studiorum- Università di Bologna-Polo di Ravenna (sede di Forlì)
Master di Livello in Management e Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie	28/11/2018	Unitela Sapienza Università telematica di Roma

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	4500	26/11/2012	Forlì- Cesena OPI

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 e indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	Ausl Romagna- sede di Forlì	01 Nov 2024	Ad oggi	tempo indeterminato	Infermiera	36h/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	Neurologia Ambulatori Forlì				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	incarico di funzione PROFESSIONISTA ESPERTO a complessità media denominato "INFERMIERE ESPERTO PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE – SCLEROSI MULTIPLA",				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Preso in carico dell'utente dalla diagnosi della malattia. Programmazione dei vari percorsi sia ospedalieri che territoriali in base ai bisogni dell'utente.				

	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 e indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	Ausl Romagna- sede di Forlì	Aprile 2018	Ad oggi	tempo indeterminato	Infermiera	36h/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	Piattaforma ambulatoriale Medicina/Neurologia/Endocrinologia/Pneumologia/Otorinolaringoiatria Da agosto 2022 assegnazione negli ambulatori di Neurologia				

Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Operatore di riferimento ambulatoriale del quadrato E (neurologia/Medicina)dal 2022 - Infermiere di riferimento percorso SLA/Sclerosi Multipla
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Preso in carico dell'utente dalla diagnosi della malattia. Programmazione dei vari percorsi sia ospedalieri che territoriali in base ai bisogni dell'utente.

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

	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 e indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	Ausl Romagna- sede di Ravenna- Ospedale di Cervia	17/10/2016	Ad trasferimento a Forlì Aprile 2017	tempo indeterminato	Infermiera	36h/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	Lungodegenza				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Assistenza infermieristica H24				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Preso in carico nel percorso di ospedalizzazione post acuto, riabilitativo				

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	ISACC per RSA Zangheri e NCP Melodia	Forlì e Melodia	01/01/2015	15/10/2016	Libero Professionista	infermiere	40ore
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			In RSA Zangheri: reparto Angoletti				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:			Misurazioni parametri vitali e interpretazione dei segni e sintomi soggettivi e oggettivi. Medicazioni di lesioni croniche da pressione/vascolari. Medicazioni di lesioni traumatiche Lacerocontuse Somministrazione della terapia intramuscolare orale e endovenosa				

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	Merito PTHA coop sociale	via golfarelli 29 - Forlì	02/01/2014	31/12/2014	tempo determinato	infermiera	20 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		Nucleo di cure primarie di Meldola presso MMG				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		servizi all'utenza, monitoraggio PV, medicazioni				

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	UBIKURE SRL	Via Cardinale Bessarione 87/A Cesena	04/2013	09/2014	Tempo determinato	Infermiere	10 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 / Reparto in cui è stata svolta l'attività		Assistenza domiciliare privata				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		Assistenza di base domiciliare, esecuzione di clisteri evacuativi, medicazioni, fleboclisi, inserimento CV.				

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 complessi vo	Materia di insegnamento
1. 1						
2. 2						

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.)	Num ero di ECM event ualme nte conse gnati
	Ausl Romagna/Unibo	Attività di tutoraggio	Tutoraggio allievi del 1 anno CDL infermieriistica(UNIBO)	Dal 05/06/2023 al 05/07/2023	tutor infermieristico	
	Ausl Romagna/Unibo	Attività di tutoraggio	Tutoraggio allievi del 1 anno CDL infermieriistica(UNIBO)	Dal 06/07/2023 al 10/08/2023	tutor infermieristico	
	Ausl Romagna/Unibo	Attività di tutoraggio	Tutoraggio allievi del 1 anno CDL infermieriistica(UNIBO)	Dal 02/05/2023 al 03/06/2023	tutor infermieristico	
	Ausl Romagna/Unibo	Attività di tutoraggio	Tutoraggio allievi del 2 anno CDL infermieriistica(UNIBO)	Dal 13/02/2023 al 02/03/2023	tutor infermieristico	

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 svolgiment o e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM eventualment e conseguiti
	Novartis	formazion e sul campo	Il ruolo dell'infermiere per l'organizzazione ottimale del follow up del paziente con Sclerosi Multipla secondariamente progressiva	dal 03/07/202 3 al 31/12/202 3	50
	Novartis	convegno sclerosi multipla	Assistenza alla persona con SM ; le 5 dimensioni del ruolo dell'infermiere: stato dell'arte e percorso formativo	24/11/23	6
	AUSL Romagna	corso	Formazione diffusione PDTA Sla aziendale : documentazione clinica. Percorsi clinico assistenziali diagnostici e riabilitativi. Profili di assistenza di cura	27/04/202 3	3
	Novartis	corso	Smart nurse : Assistenza alla persona con SM: l'infermiere come professionista dedicato	14/10/202 2	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 svolgiment o e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM eventualment e conseguiti

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

aggiungere righe in caso di necessità

M) ULTERIORI INFORMAZIONI

Capacità e competenze informatiche:

Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite

Ottima conoscenza e utilizzo dei programmi di base informatici (excel, word, power point)

Buona conoscenza dei gestionali di ServizioLOG80, on biomed, on health, internet

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

Francese madrelingua; Inglese Buono; Spagnolo scolastico

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 _____

FIRMA

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