

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

redatto in forma di **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000**  
prot. n. 0074814/2024 del 18/03/2024 (scadenza presentazione domande 08/04/2024)

Il/La sottoscritta De Roberto Cristina

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 Scuola Infermieri	04/07/1995	Scuola Professionale Infermieri Via Palestro, Ravenna

*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):
Collegio IPASVI	2696	19/07/1995	Ravenna, piazza L.Bernini, 2

*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)

	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>1</b>	AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	01/07/2003	Giugno 2010	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Medicina				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (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:	Infermiera				
<b>2</b>	AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	Giugno 2010	Marzo 2012	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Neurologia Ravenna				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (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:	Infermiera				

3	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	Marzo 2012	Giugno 2012	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo parziale
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:	
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Medicina				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (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:	INFERMIERA CASE MANAGER				

4	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	Giugno 2012	Febbraio 2014	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:	
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	Neurologia Ravenna				
<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (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:	Infermiera					
5	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)

AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	Febbraio 2014	Luglio 2014	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo parziale
<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Medicina				
<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (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:	INFERMIERA CASE MANAGER				

	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>6</b>	AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	Luglio 2014	Marzo 2018	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Neurologia				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (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:	Infermiera				
<b>7</b>	AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	Marzo 2018	Settembre 2018	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		

	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>  <b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	U.O. Neurologia				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	INFERMIERA CASE MANAGER				
8	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	Settembre 2018	Novembre 2022	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>  <b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	DIT ( SERVIZIO BED MANAGER )				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	INFERMIERA BED MANAGER				
9	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	AUSL ROMAGNA, via De Gasperi n.8, Ravenna	Novembre 2022	A tutto'oggi	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>  <b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	U.O. Neurologia				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	INFERMIERA / INFERMIERA CASE MANAGER NEI PERIODI : NOVEMBRE 2022-FEBBRAIO 2023 E SETTEMBRE 2023 – DICEMBRE 2023 / TUTOR STUDENTI INFERMIERISTICA				

	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>10</b>	AUSL BOLOGNA, OSPEDALE MAGGIORE, via Castiglione, 29 Bologna	Febbraio 2000	Giugno 2000	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Otorinolaringoiatria				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (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:	Infermiera				
	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>11</b>	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI BOLOGNA, OSPEDALE SANT'ORSOLA MALPIGHI, via G. Massarenti,9, Bologna	Luglio 2000	Giugno 2003	Tempo indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Oncologia Adulti				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (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:	Infermiera				

**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)

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

<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività</b>						
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**

**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	<b>Datore di lavoro</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>Ente dove viene svolta l'attività lavorativa</b> denominazione dell'Ente, sede, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
		Cooperativa ASSCOR, via Alfredo Oriani, 10, Ravenna	Casa residenza "Garibaldi", via di Roma, 31, Ravenna	Agosto 1995	Giugno 1996	Tempo Indeterminato	Operatore Socio Sanitario
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		Casa residenza "Garibaldi"				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		Operatore Socio Sanitario				
1	<b>Datore di lavoro</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>Ente dove viene svolta l'attività lavorativa</b> denominazione dell'Ente, sede, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Cooperativa CORIF, via Alfredo Oriani, 10, Ravenna	Laboratorio analisi O.C. Cervia, via Ospedale 17, Cervia	Giugno 1996	Ottobre 1996	Tempo Indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		Laboratorio Analisi O.C. Cervia				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		Infermiera				

<b>Datore di lavoro</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>Ente dove viene svolta l'attività lavorativa</b> denominazione dell'Ente, sede, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
Cooperativa CORIF ,via Alfredo Oriani, 10, Ravenna	Assistenza Domiciliare	Ottobre 1996	Gennaio 2000	Tempo Indeterminato	Infermiera	Tempo pieno
<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		Assistenza Domiciliare				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		Infermiera				

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

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

<b>Centro formativo/Scuola/Università</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data fine</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare</b> numero di anni scolastici/anni accademici interessati	<b>Impegno orario complessivo</b>	<b>Materia di insegnamento</b>

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:**

	<b>Ente organizzatore</b> dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	<b>Tipologia evento</b> (es. Corso, Convegno, Seminario)	<b>Titolo</b> dell'evento formativo	<b>Data / date (gg/mm/aa) e durata</b> espressa in ore / giornate	<b>Ruolo</b> (Relatore, Moderatore ecc.)	<b>Numero di ECM</b> eventualmente conseguiti
1.	Università di Bologna: Facoltà Medicina e Chirurgia, via San Giovanni Bosco, 1, Faenza	Corso	Corso Tutor Didattico	Settembre 2006	Discente	
2.						
3.						
4.						
5.						

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.

	<b>Ente organizzatore</b> dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	<b>Tipologia evento</b> (es. Corso, Convegno, Seminario ecc.)	<b>Titolo</b> dell'evento formativo	<b>Data/date (gg/mm/aa) di svolgimento e durata</b> espressa in ore / giornate	<b>Numero di ECM</b> eventualmente conseguiti
1.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Corso di Basic Life Support end Defibrillation	25/02/2003	8,00
2.	AUSL ROMAGNA	CORSO	La professione Infermieristica: la sua Organizzazione e i suoi strumenti	03/03/2003	4,00
3.	AUSL ROMAGNA	CORSO	La Cartella Clinica Elettronica	Dal 10/04/2017 al 10/10/2017	50,00
4.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Corso sulla gestione del rischio e delle Cadute 2	29/05/2018	2,00
5.	AUSL ROMAGNA	FAD	Piano per la sicurezza Informatica V.01-2	01/07/2018	3,00
6.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Infezioni urinarie in Neurologia	03/07/2018	4,80
7.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Tracheotomia e la sua gestione 2	04/12/2018	4,00
8.	AUSL ROMAGNA	FAD	Igiene delle mani in ambito assistenziale	21/01/2019	15,00
9.	AUSL ROMAGNA	FAD	Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale 2019	19/02/2019	9,00
10.	AUSL ROMAGNA	FAD	Prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità per Sanitari	27/02/2019	5,00
11.	AUSL ROMAGNA	FAD	Movimentazione manuale dei pazienti-parte teorica	01/03/2019	6,00
12.	AUSL ROMAGNA	FAD	Sicurezza e Salute in Sanità	08/03/2019	6,00

13.	AUSL ROMAGNA	CORSO	La gestione ospedaliera dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare(DCA)	08/04/2019	5,20
14.	AUSL ROMAGNA	CORSO	La rete delle cure palliative-Modulo 3	17/05/2019	4,00
15.	AUSL ROMAGNA	CORSO	BLSD ROMAGNA Corso base :rianimazione cardiopolmonare con defibrillatore semiautomatico	07/10/2019	8,00
16.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Movimentazione manuale dei pazienti- Parte pratica 2019	21/10/2019	5,20
17.	AUSL DI REGGIO EMILIA	CORSO	La gestione del paziente in nutrizione enterale	29/10/2019	8,00
18.	AUSL ROMAGNA	FAD	Glucometro Accu-check	04/04/2022	1,00
19.	AUSL ROMAGNA	FAD	Formazione Privacy 2022	11/04/2022	1,00
20.	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	CORSO	AOBO Corso regionale medicazioni avanzate	28/06/2022	9,00
21.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Meeting casi clinici Neurologia	03/01/2023	8,00
22.	AUSL ROMAGNA	FAD	Formazione Privacy 2023	13/01/2023	1,00
23.	AUSL ROMAGNA	FAD	La gestione dell'attività vaccinale nell'AUSL della Romagna	23/10/2023	15,00
24.	AUSL ROMAGNA	FAD	Densitometria minerale ossea:dalla tecnica alla refertazione	23/01/2023	3,00
25.	AUSL ROMAGNA	FAD	L'essere digitale	30/01/2023	7,50
26.	AUSL ROMAGNA	TUTOR	Inserimento in U.O	01/02/2023	27,00
27.	AUSL ROMAGNA	FAD	Igiene delle mani Nuova edizione 6	02/02/2023	4,50
28.	AUSL ROMAGNA	FAD	La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza MOD 2	13/02/2023	3,90
29.	AUSL ROMAGNA	FAD	Antimicrobial Stewardship MOD 3	13/02/2023	10,40
30.	AUSL ROMAGNA	FAD	La prevenzione del rischio infettivo e antimicrobico resistenza MOD 11	13/02/2023	3,90

31.	AUSL ROMAGNA	FAD	Piano per la Sicurezza informatica 1	24/02/2023	2,00
32.	AUSL ROMAGNA	FAD	Sinergie e integrazione tra risk management e rischio infettivo	01/03/2023	3,90
33.	AUSL ROMAGNA	CORSO	BLSD ROMAGNA corso base 5 ore: rianimazione cardiopolmonare con defibrillatore semiautomatico	28/03/2023	8,00
34.	AUSL ROMAGNA	FAD	Gestione del dolore nell'area dell'emergenza	26/04/2023	2,00
35.	AUSL ROMAGNA	FAD	Prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità per Sanitari	29/04/2023	5,00
36.	AUSL ROMAGNA	FAD	Il rapporto di pubblico impiego: Responsabilità disciplinare e prevenzione della corruzione	04/07/2023	3,00
37.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Open day SDO	26/10/2023	1,00
38.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Prevenzione e controllo delle ICa:PA 212 rev.1	12/12/2023	2,00
39.	AUSL ROMAGNA	FAD	Gestione eventi epidemici e pandemici edizione 2024	29/02/2024	1,30
40.	AUSL ROMAGNA	FAD	Il contrasto alla sepsi edizione 2024	05/03/2024	1,30
41.	AUSL ROMAGNA	FAD	Igiene della mani 2024	14/02/2024	4,50
42.	AUSL ROMAGNA	FAD	Formazione Privacy 2024	25/01/2024	1,00

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

	<b>Ente organizzatore</b> dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	<b>Tipologia evento</b> (es. Corso, Convegno, Seminario ecc.)	<b>Titolo</b> dell'evento formativo	<b>Data/date (gg/mm/aa) di svolgimento e durata</b> espressa in ore / giornate	<b>Numero di ECM</b> eventualmente conseguiti
43.					
44.					
45.					
46.					
47.					
48.					
49.					

aggiungere righe in caso di necessità

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

	<b>Ente conferente</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>Sede dove viene svolta l'attività – se Ente diverso dal conferente</b> Denominazione dell'Ente Sede, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>1</b>						
	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*

## M) ULTERIORI INFORMAZIONI

### **Capacità e competenze informatiche:**

*Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite*

Diretto utilizzo degli applicativi Office, Word, Excel

### **Lingue Straniere:**

*Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza*

Inglese livello : Comprensione A2, Scritto A1

### **Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili**

Buone capacità comunicative, acquisite nel ruolo di case Manager e durante le attività di Tutoraggio per gli studenti di Infermieristica.

Buone capacità organizzative e gestionali, acquisite ricoprendo il ruolo di Bed manager

Data 04/04/2024

**FIRMA Cristina De Roberto**

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