

FORMATO EUROPEO PER IL  
CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI	
Nome [Cognome, Nome]	FLENGHI LAURA
Indirizzo [ Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese ]	
Telefono	
Fax	
E-mail	
Nazionalità	
Data di nascita [Giorno, mese, anno]	

ESPERIENZE LAVORATIVE	
• <b>Date:</b> da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	07/07/1993 al 03/03/1996
• <b>Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	Casa di cura "Sol et Salus" viale San Salvador, 204 Torre Pedrera Rimini
• <b>Qualifica/profilo professionale</b>	Operatore prof.le sanitario INFERMIERE
• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Rapporto a tempo pieno Indeterminato
• <b>Ambito di attività</b>	RIABILITAZIONE ORTOPEDICA
<b>Principali mansioni e responsabilità</b>	INFERMIERE

• <b>Date:</b> da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	04/03/1996 ak 31/07/1997
• <b>Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	o/c M.Bufalini viale G.Ghirotti, 286 Cesena
• <b>Qualifica/profilo professionale</b>	Operatore prof.le sanitario INFERMIERE
• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Rapporto a tempo pieno Indeterminato
• <b>Ambito di attività</b>	GERIATRIA
<b>Principali mansioni e responsabilità</b>	INFERMIERE

• <b>Date:</b> da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	01/08/1997 al 30/09/1998
• <b>Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	Ospedale "Sacra Famiglia" via 24 Maggio, 174 Novafeltria
• <b>Qualifica/profilo professionale</b>	Operatore prof.le sanitario INFERMIERE
• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Rapporto a tempo pieno Indeterminato
• <b>Ambito di attività</b>	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
<b>Principali mansioni e responsabilità</b>	INFERMIERE

• <b>Date:</b> da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	01/10/1998 al 31/01/2014
• <b>Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	Ospedale "Sacra Famiglia" via 24 Maggio, 174 Novafeltria
• <b>Qualifica/profilo professionale</b>	Operatore prof.le sanitario INFERMIERE
• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Rapporto a tempo pieno Indeterminato
• <b>Ambito di attività</b>	SALA OPERATORIA
<b>Principali mansioni e responsabilità</b>	INFERMIERE

• <b>Date:</b> da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	01/02/2014 al 29/10/2017
• <b>Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	Ospedale "Sacra Famiglia" via 24 Maggio, 174 Novafeltria
• <b>Qualifica/profilo professionale</b>	Operatore prof.le sanitario INFERMIERE
• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Rapporto a tempo pieno Indeterminato
• <b>Ambito di attività</b>	SALA OPERATORIA
<b>Principali mansioni e responsabilità</b>	INFERMIERE REFERENTE

• <b>Date:</b> da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	dal 30/10/2017 al 31/05/2020
• <b>Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	Ospedale "Sacra Famiglia" via 24 Maggio, 174 Novafeltria
• <b>Qualifica/profilo professionale</b>	Operatore prof.le sanitario INFERMIERE
• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Rapporto a tempo pieno Indeterminato
• <b>Ambito di attività</b>	SALA OPERATORIA
<b>Principali mansioni e responsabilità</b>	INFERMIERE FF COORDINATORE

• <b>Date:</b> da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	Dal 01/06/2020 al 31/05/2023
• <b>Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	Ospedale "Sacra Famiglia" via 24 Maggio, 174 Novafeltria
• <b>Qualifica/profilo professionale</b>	Operatore prof.le sanitario INFERMIERE
• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Rapporto a tempo pieno Indeterminato
• <b>Ambito di attività</b>	SALA OPERATORIA
<b>Principali mansioni e responsabilità</b>	COORDINATORE

• <b>Date:</b> da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	<i>Dal 01/06/2023 ad oggi</i>
• <b>Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	<i>Ospedale "Sacra Famiglia" via 24 Maggio, 174 Novafeltria</i>
• <b>Qualifica/profilo professionale</b>	<i>Operatore prof.le sanitario INFERMIERE</i>
• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Rapporto a tempo pieno Indeterminato
• <b>Ambito di attività</b>	SALA OPERATORIA
<b>Principali mansioni e responsabilità</b>	<b>Adeguamento dell' incarico di funzione n°725-IF/2024 COORDINAMENTO BLOCCO OPERATORIO – NOVAFELTRIA</b>

<b>ISTRUZIONE E FORMAZIONE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Titolo di studio</b> (lauree, specializzazioni) <i>[elencare separatamente ciascun titolo]</i></li> </ul>	<i>Diploma di Infermiere</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseguito presso:</li> </ul>	<i>Scuola per Infermieri Rimini</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Data conseguimento (mm/aa)</li> </ul>	<i>07/1993</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>durata legale percorso di studio</li> </ul>	<i>3 anni</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Corsi universitari</b> <i>[elencare separatamente ciascun corso]</i> (dottorati, master, corsi di perfezionamento)</li> </ul>	<i>Laurea di primo livello in Infermieristica</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseguito presso:</li> </ul>	<i>Università degli studi di "Tor Vergata" Roma</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data conseguimento (gg/mm/aa)</li> </ul>	<i>10/04/2003</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Corsi universitari</b> <i>[elencare separatamente ciascun corso]</i> (dottorati, master, corsi di perfezionamento)</li> </ul>	<i>Master Universitario di primo livello "MANAGEMENT NELL'AREA INFERMIERISTICA, OSTETRICA E TECNICO SANITARIA"</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseguito presso:</li> </ul>	<i>Università degli studi di Bologna polo scientifico didattico di Rimini</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Data conseguimento (gg/mm/aa)</li> </ul>	<i>19/04/2007</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durata corso</li> </ul>	<i>AA 2005/2006</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Attività formative</b> (frequenze, corsi di formazione, stage, borse di studio ecc <i>[elencare separatamente ciascuna attività indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, argomenti/temi/aspetti oggetto di approfondimento, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM....ecc...]</i></li> </ul>	<i>Corso di Alta Formazione "Il controllo di gestione delle sale operatorie – Operating Room Management" Università degli studi di Bologna A.A. 2015/2016 Durata del corso semestrale – 10 CFU</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Attività di aggiornamento</b> (partecipazione a corsi di aggiornamento, ecc... <i>[elencare separatamente ciascun evento indicando la tipologia, presso quale ente si è svolto, argomenti/temi trattati, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM....ecc, precisare se la partecipazione sia avvenuta in qualità di docente o relatore]</i></li> </ul>	<i>Vedi documento allegato 1 certificazione sostitutiva di notorietà</i>

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Esperienze di DOCENZA</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>corso di aggiornamento: “la nutrizione artificiale: indicazione, gestione e complicanze” svoltosi a novafeltria nel periodo il 11/12/02009 per ore 005:00 di 005:00 in qualità di docente crediti ecm: 2 riferimento: codice 4703</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corso n 26759 “riqualificazione oss” eseguito a Novafeltria nell'anno 2008 docente nei moduli: “elementi di igiene” per n.3 ore “area risposta assistenziale: approccio multidisciplinare gestione attività di vita, respirazione e controllo della temperatura” per 30 ore</li> <li>Corso Regionale di formazione iniziale per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario nell'anno 2010 per n. 30 ore con modulo “principi di igiene e sicurezza sul lavoro”</li> </ul>

<b>ULTERIORI INFORMAZIONI</b>	
<p><b>Lingue Straniere</b> [ Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza ]</p>	<p><i>Inglese e Francese livello scolastico</i></p>
<p><b>Capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali</b> [ Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].</p>	<p><i>Consigliere dell'OPI Rimini triennio 2018/2020</i></p>

Data 16/01/2025

**IL DICHIARANTE**