

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

Il/La sottoscritta

FRACELLA
(cognome)

SIMONA
(nome)

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 INFERMIERA	05/07/1994	SCUOLA CONVITTO "S. CATERINA NOVELLA" GALATINA (LE)
CORSO DI PERFEZIONAMENTO CURE PALLIATIVE	GIU 2015	UNIVERSITA' CATTOLICA SACRO CUORE (ROMA)
MASTER DI I LIVELLO IN "CASE AND CARE MANAGEMENT IN OSPEDALE E SUL TERRITORIO"	13/03/2019	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

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 RIMINI	1048	11/07/1997	Rimini

aggiungere righe in caso di necessità

1

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)

1	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	Qualifica area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	Impegno orario settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)

				professionista CoCoCo		
Ausl della Romagna	25/10/2003			Dipendente a tempo indeterminato	Infermiere	36
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	Hospice Savignano dal 25/10/03. Ospedale di Comunità Savignano da dicembre 2021.					
Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Infermiera turnista c/o Hospice. ICM c/o Ospedale di Comunità facente funzione. Da Luglio 2025 Incarico di funzione professionale esperto a complessità media denominato "Infermiere Case Manager OSCO Savignano Sul Rubicone", a tutt'oggi.					
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Capacità comunicative, relazionali ed empatiche, per costruire e mantenere rapporti di fiducia con i pazienti e le loro famiglie e per favorire la collaborazione fra le varie figure professionali coinvolte nel caso clinico. Competenze organizzative e di programmazione nel processo di dimissione protetta e definizione del setting assistenziale. Gestione percorsi secondo procedura aziendale 145. Interfaccia con Medici di medicina generale per progetto di ricovero in OSCO. Interfaccia con NUCOT per ricovero OSCO posti letto cerniera. Interfaccia con Servizi Sociali ospedalieri e territoriali per progetti dimissori sul territorio. Referente per pazienti Hospice con posti letto in OSCO. Formulazione PAI in equipe multidisciplinare. Monitoraggio Flussi Sirco. Nei periodi di congedo ordinario sostituzione Coordinatore Infermieristico.					

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)

1	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)
	La Riabilitazione Srl	Aprile 1998	Agosto 2002	Dipendente a tempo indeterminato	Infermiera	36

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	Casa protetta "Domus Pascoli"		
Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Infermiera		
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 (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)
1	La riabilitazione S.r.l	Agosto 2002	Ottobre 2003	Dipendente a tempo indeterminato	Infermiere di cure palliative	36
	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	Hospice Savignano				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Infermiera				
	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)

	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)
	Coop Pronto Assistenza	Giugno 1997	Aprile 1998	Dipendente a tempo indeterminato	Adb	36
	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	Casa di riposo "La Marina" Igea Marina
Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Assistente di Base

Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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.						
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 della Romagna	Corso	Corso teorico pratico di nutrizione enterale, tracheotomia e ventilazione meccanica.	17/12/2003 3h	Relatore	
2.	AUSL della Romagna	Corso	Corso teorico pratico di nutrizione enterale, tracheotomia e ventilazione meccanica.	18/12/2003 3h	Relatore	
3.	AUSL della Romagna	Corso	Rete ICM, modulo 3	15/12/22 3h	Relatore	1
4.						
5.						

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 svolgimento e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1.	AUSL della Romagna	Corso	Rete ICM, modulo 1	11/05/22	3,9
2.	AUSL della Romagna	Corso	Rete ICM, modulo 2	14/06/22	3,9
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					

12.					
-----	--	--	--	--	--

aggiungere righe in caso di necessità

J) Partecipazione ad ulteriori eventi formativi e/o di aggiornamento professionale in qualità di **discente / **uditore** (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
13.	Si allega autocertificazione firmata con data 04/04/24, per eventi formativi dal 2017 ad oggi.				
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					

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

M) ULTERIORI INFORMAZIONI

Capacità e competenze informatiche:

Ottima conoscenza dei sistemi informatici utilizzati in ambito lavorativo.

Lingue Straniere:

Inglese scolastico.

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nel C.V ai sensi del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data 04/09/2025