

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

La sottoscritta GALLINA SILVIA  
(cognome) (nome)

e-mail SILVIA.GALLINA @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)
DIPLOMA DI INFERMIERE PROFESSIONALE CON MATRICOLA N° 984	02/07/1991	USL RAVENNA
CORSO AZIENDALE DI FORMAZIONE INFERMIERE CASA MANAGER	20/12/2010	FAENZA

*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	1979	1991	RAVENNA

*aggiungere righe in caso di necessità*

## CURRICULUM PROFESSIONALE

### C) Attività lavorativa svolta presso il **Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.)** e altre **Publiche 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)
1	AZIENDA U.S.L. DI RAVENNA (RA)	01/08/1991	30/09/1991	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO	INFERMIERE	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>	AREA MEDICA LUGO				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	ASSISTENZA COME OPERATORE PROFESSIONALE COLLABORATORE - INFERMIERE PROFESSIONALE (VI LIV.)				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:					

	<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)
2	AZIENDA U.S.L. DI RAVENNA (RA)	01/10/1991	31/12/1997	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	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>	AREA MEDICA LUGO				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	ASSISTENZA COME OPERATORE PROFESSIONALE COLLABORATORE - INFERMIERE PROFESSIONALE (VI LIV.)				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:					

	<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>3</b>	AZIENDA U.S.L. DI RAVENNA (RA)	01/01/1998	31/08/2001	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	TEMPO PIENO
	<b>Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)</b>			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		AREA MEDICA LUGO			
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)		ASSISTENZA - OPERATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE PROFESSIONALE (CAT.C)			
	<b>Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:</b>					

	<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>4</b>	AZIENDA U.S.L. DI RAVENNA (RA)	01/09/2001	16/12/2013	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	TEMPO PIENO
	<b>Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)</b>			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		AREA MEDICA LUGO			
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)		COLLAB. PROF. SANIT. - INFERMIERE (CAT.D)			
	<b>Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:</b>					

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)
	AZIENDA U.S.L. DI RAVENNA (RA)	17/12/2009	31/12/2013	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	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>	HOSPICE LUGO				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	COLLAB. PROF. SANIT. -INFERMIERE (CAT.D)				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	INFERMIERE CASE MANAGER					

6	<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)
	AZIENDA U.S.L. DELLA ROMAGNA	01/01/2014	20/11/2022	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	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>	HOSPICE LUGO				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	COLLAB. PROF. SANIT. -INFERMIERE (CAT.D)				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	INFERMIERE CASE MANAGER					

7	<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)
	AZIENDA U.S.L. DELLA ROMAGNA	21/11/2022	31/12/2022	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	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>	RETE CURE PALLIATIVE				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	COLLAB. PROF. SANIT. - INFERMIERE (CAT. D)				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	INFERMIERE 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)
	AZIENDA U.S.L. DELLA ROMAGNA	01/01/2023	10/11/2023	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	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>	RETE CURE PALLIATIVE				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	INFERMIERE (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI)				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	INFERMIERE CASE 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)
	AZIENDA U.S.L. DELLA ROMAGNA	11/11/2023	31/08/2024	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	TEMPO PIENO
	<b>Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)</b>			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	HOSPICE LUGO				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	INFERMIERE (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI)				
	<b>Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:</b>	INFERMIERE CASE MANAGER				

10	<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)
	AZIENDA U.S.L. DELLA ROMAGNA	01/09/2024	---	RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	TEMPO PIENO
	<b>Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)</b>			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	HOSPICE LUGO				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	INCARICO DI FUNZIONE PROFESSIONALE CASE MANAGER RIF 1313-IF/2024				
	<b>Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:</b>	INFERMIERE CASE MANAGER				

## **ULTERIORI INFORMAZIONI**

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

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

Base \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(aggiungere righe in caso di necessità)

### **Lingue Straniere:**

*Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza*

Base \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(aggiungere righe in caso di necessità)

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(aggiungere righe in caso di necessità)