

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

La sottoscritta \_\_\_\_\_ Giorgi \_\_\_\_\_ Michela \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefoni \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ michela.giorgi \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ auslromagna.it \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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 maturità magistrale	19/12/1987	Istituto Statale Magistrale "Manara Valgimigli" Rimini
Idoneità 5° anno integrativo	18/07/1990	Istituto Statale Magistrale "Manara Valgimigli" Rimini

*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):

*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 degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>1</b>	U.S.L. 40 RIMINI	18/06/1991	31/12/1991	Dipendente a tempo determinato	Assistente Amministrativo	36
	<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>	Cup c/o servizio medicina di base via circonvallazione occidentale 57 Rimini				
	<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:	attività a stretto contatto con il pubblico indispensabile capacità relazionale				

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

	<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 degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>1</b>	U.S.L. 40 RIMINI	01/01/1992	04/06/1995	Dipendente a tempo indeterminato	Assistente Amministrativo	36
	<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>	Affari Generali - Protocollo Generale				
	<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:	ricezione e smistamento della corrispondenza in entrata ed in uscita, gestione della documentazione aziendale, attività di archiviazione correlata alla normativa sulla privacy				
	<b>Datore di lavoro (Ente)</b>	<b>data di inizio</b>	<b>data di</b>	<b>Indicare se:</b>	<b>Qualifica</b>	<b>Impegno</b>

1	Denominazione, Sede legale, via, città	(gg/mm/aa)	<b>cessazione</b> (gg/mm/aa)	- dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	area degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	U.S.L. 40 RIMINI	05/06/1995	30/04/1996	Dipendente a tempo indeterminato	Assistente Amministrativo	36
	<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>	Direzione di Presidio Rn				
	<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:	Segreteria Direzione Sanitaria , gestione recupero ticket, gestione cassa economica				

1	<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 degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	ARPA ( Agenzia Regionale Prevenzione Ambiente) Regione Emilia Romagna	01/05/1996	30/04/2007	Dipendente a tempo indeterminato	Assistente Amministrativo	36
	<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>	Dipartimento Tecnico Laboratorio Analisi				
	<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:	Attività svolta nella segreteria del Dipartimento Registrazione dei campioni (a pagamento e non) settore alimenti adempimenti ad essi correlati fatturazione Gestione del personale sede territoriale arpa di Rimini				
<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 degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)	

1	Azienda USL di Rimini	01/05/2007	01/11/2009	Dipendente a tempo indeterminato	Assistente Amministrativo	36
	<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>	NC UO ANZIANI,DISABILI,FISICI E SENSORIALI				
	<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:	Attività svolta nella Segreteria della Uo: gestione della documentazione sanitaria dei pazienti della Uo gestione dell'utenza e risoluzione dei problemi correlati, prenotazioni prestazioni sanitarie specifiche del settore gestione delle agende dei medici operanti nella UO				

1	<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 degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Azienda USL di Rimini	02/11/2009	31/12/2013	Dipendente a tempo indeterminato	Assistente Amministrativo	36
	<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>	NC UO GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE				
	<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:	Gestione delle presenze assenze ambito di Rimini					

1	<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 degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Azienda USL della Romagna	01/01/2014		Dipendente a tempo indeterminato	Assistente Amministrativo	36
	<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 /</b>					

<b>Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	NC UO GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE
<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	“REFERENTE TERRITORIALE RIMINI NELLA APPLICAZIONE DEGLI ISTITUTI GIURIDICI E ATTIVITA' GESTIONALI NELL'AMBITO DELLA S.S. ASSENZE PRESENZE”, L'incarico decorre dal 01/02/2025 e ha durata quinquennale (fino al 31/01/2030)
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Gestione delle presenze assenze ambito di Rimini

**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>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 degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>1</b>							
	<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</b> in cui è stata svolta l'attività						
	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:**

	<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 degli assistenti Es: assistente amministrativo	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>1</b>							
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				<b>Motivo:</b>		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio 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

**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>1</b>							
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				<b>Motivo:</b>		
	<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</b> (gg/mm/aa) e <b>durata</b> espressa in ore / giornate	<b>Ruolo</b> (Relatore, Moderatore ecc.)	<b>Numero di ECM</b> eventualmente conseguiti
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

*aggiungere righe in caso di necessità*

segue **CURRICULUM FORMATIVO**

**I) Partecipazione in qualità di **discente** / **uditore** ad eventi formativi e/o di aggiornamento professionale (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> se previsti / eventualmente conseguiti
1.	Ausl Rimini	Corso	Alfabetizzazione Informatica	14/11/94 per 23 ore	
2.	Centro Studi Europa Inform Rimini	corso	Gestione integrata delle competenza del personale dipendente negli enti locali	Dal 13/11/2006 al 29/03/2007 per 20 ore	
3.	Azienda Uusl Romagna	Fad	Regolamento UE 2016/79 protezione dati personali	26/03/2019 2 ore	
4.	Azienda Uusl Romagna	Fad	Prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità per tecnici e amministrativi	18/12/2018 5 ore	
5.	Azienda Usl Romagna	Fad	Il rapporto di pubblico impiego: responsabilità disciplinare e prevenzione della corruzione	11/12/2023 3 ore	
6.	Fiaso	Webinar	Ccnl della dirigenza sanitaria 2019-2021 rapporto di lavoro , incarichi dirigenziali e orario	31/01/2024 l'attestato non riporta la durata	
7.	Fiaso	webinar	Percorso CCNL 6* webinar il lavoro flessibile	11/11/2022 l'attestato non riporta la durata	
8.	Fiaso	Webinar	Percorso CCNL 7° webinar il rapporto di lavoro	18/11/2022 l'attestato non riporta la durata	
9.	Fiaso	Webinar	Percorso CCNL 5° webinarLe assenze dal servizio	04/11/2022 l'attestato non riporta la durata	
10.	Fiaso	webinar	Legge di Bilancio 2024 e decreto milleproroghe. Le ricadute sul personale del SSn	26/01/2024 l'attestato non riporta la durata	
11.	Fiaso	webinar	Ccnl della dirigenza sanitaria 2019-2021, Relazioni Sindacali, Fondi Contrattuali Trattamento economico	07/02/2024 l'attestato non riporta la durata	
12.	Azienda Usl Romagna	Fad	Piano per la Sicurezza Informatica V.01	07/01/2019 2 ore	
13.	Azienda Usl Romagna	Fad	Formazione Privacy 2022 - Edizione: 3	09/01/2023 1 ora	
			Giornata di formazione sul nuovo	07/03/2023	

14.	Azienda UsI Romagna	corso	CCNL del comparto - Edizione: 1	4 ore	
15.	Azienda UsI Romagna	corso	L NUOVO CCNL DIRGENZA SANITARI TRIENNIO 2019 2021 sulla base dell ipotesi sottoscritta il 28 settembre 2023 - Edizione: 1	27/12/2023 3.30 ore	
16.	Azienda UsI Romagna	Fad	Sicurezza e Salute in Sanità Aggiornamento Formazione Specifica	08/12/2024 6 ore	
17.					

*aggiungere righe in caso di necessità*

**J) 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*

## K) 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*

## L) ULTERIORI INFORMAZIONI

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

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

\_\_\_\_\_ Buona padronanza di Microsoft Office \_\_\_\_\_

*(aggiungere righe in caso di necessità)*

### **Lingue Straniere:**

*Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza*

\_\_\_\_\_ Inglese scolastico \_\_\_\_\_

*(aggiungere righe in caso di necessità)*

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

*(aggiungere righe in caso di necessità)*

Data 24/05/2025

**FIRMA**