

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritta _____ GUERRINI _____
(cognome)

_____ MERY _____
(nome)

e-mail mery.guerrini@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	19/09/1996	Scuola infermieri professionali Forli

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 provinciale infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia	3101	23/10/1996	Forli

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).

	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)
	Ausl di Ravenna	03/01/2009	30/11/2010	indeterminato	Infermiere	36
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)	0	0	Motivo:		
1	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	UNITA' OPERATIVA POST ACUTI/RIABILITAZIONE DEGENZA P.O. LUGO				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	INFERMIERE CASE MANAGER				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	<p>Preso in carico assistenziale e riabilitativa dei pazienti in degenza h24, valutazione pianificazione ed erogazione dei bisogni assistenziali e collaborazione con la dirigenza medica per la presa in carico clinica e terapeutica.</p> <p>Aggiornamento continuo sulle procedure aziendali, dipartimentali e di unità operativa</p> <p>Capacità relazionali di counselling e integrazione fra figure professionali</p> <p>Capacità professionali nella gestione dei pazienti neurolesi e mielolesi</p> <p>Capacità organizzative gestionali per i percorsi di presa in carico dalle unità operative afferenti e con le dirigenza diagnostico terapeutici e di dimissione</p>				

	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)
2	Ausl di Ravenna	01/12/2010	31/08/2024	indeterminato	Infermiere	36
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)					
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	UO MEDICINA RIABILITATIVA DEGENZA P.O. LUGO				

Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	DAL 2019 INFERMIERA REFERENTE DEL DH RIABILITATIVO DAL 2021 INFERMIERA REFERENTE DEL DH RIABILITATIVO e INFERMIERA CASAMANAGER
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Presenza in carico assistenziale e riabilitativa dei pazienti in degenza h24, valutazione pianificazione ed erogazione dei bisogni assistenziali e collaborazione con la dirigenza medica per la presa in carico clinica e terapeutica. Aggiornamento continuo sulle procedure aziendali, dipartimentali e di unità operativa Capacità relazionali di counselling e integrazione fra figure professionali Capacità professionali nella gestione dei pazienti neurolesi e mielolesi Capacità organizzative gestionali per i percorsi diagnostico terapeutici e di dimissione

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)
Ausl di Ravenna	1/09/2024	AD OGGI	indeterminato	Infermiere con incarico di funzione case manager	36
Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)					
2	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività UO MEDICINA RIABILITATIVA DEGENZA P.O. LUGO				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.) Infermiere con incarico di funzione case manager				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite: Presenza in carico assistenziale e riabilitativa dei pazienti in degenza h24, valutazione pianificazione ed erogazione dei bisogni assistenziali e collaborazione con la dirigenza medica per la presa in carico clinica e terapeutica. Aggiornamento continuo sulle procedure aziendali, dipartimentali e di unità operativa Capacità relazionali di counselling e integrazione fra figure professionali Capacità professionali nella gestione dei pazienti neurolesi e mielolesi Capacità organizzative gestionali per i percorsi diagnostico terapeutici e di dimissione				

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 Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dalla 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 indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	CASA DI RIPOSO "DON BARONIO"		1996	1996	DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO	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 / Reparto in cui è stata svolta l'attività	CASA DI RIPOSO "DON BARONIO" – SARSINA (FC)		
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Presenza in carico assistenziali degli ospiti della struttura		

	Datore di lavoro Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dalla 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 indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
2	CASA DI ASSISTENZA CAMILLA SPIGHI		1996	1997	DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO	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 / Reparto in cui è stata svolta l'attività	CASA DI ASSISTENZA CAMILLA SPIGHI – SAN PIERO IN BAGNO (FC)					
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Presenza in carico assistenziale degli ospiti della struttura					

3	Datore di lavoro Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dalla 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 indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	LA RIABILITAZIONE s.r.l		1997	09/2000	Libera professionista	INFERMIERA	
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 / Reparto in cui è stata svolta l'attività			Servizio infermieristico domiciliare sia in ambito ospedaliero che territoriale spaziando nella provincia di Forli Cesena.				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:							

4	Datore di lavoro Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dalla 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 indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Cooperativa sociale "In cammino"		16/09/2000	30/09/2001	Socio lavoratore	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 / Reparto in cui è stata svolta l'attività			RSA – HOSPICE di Lugo				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:			Preso in carico assistenziali degli ospiti della struttura				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:							

5	Datore di lavoro Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dalla 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 indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	Casa protetta "Sassoli"		01/10/2001	30/12/2008	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 / Reparto in cui è stata svolta l'attività			RSA SAN DOMENICO - LUGO				

Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Presenza in carico assistenziali degli ospiti della struttura
--	---

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	Datore di lavoro Denominazione, Sede legale, via, città	Ente dove viene svolta l'attività lavorativa denominazione dell'Ente, sede, 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 indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	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						
	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)

1	Datore di lavoro Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Azienda dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dal datore, 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	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
	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 / Reparto 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**

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.						
2.						
3.						
4.						
5.						

6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						

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.**

	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.	Azienda USL della Romagna	corso	Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali	2019 2 h.	2
2.	Azienda USL della Romagna	corso	La prevenzione della trasmissione degli agenti infettivi nelle organizzazioni sanitarie	12 h.	18
3.	Azienda USL della Romagna	corso	Piano per la sicurezza Informatica	2 h.	3
4.	Azienda USL della Romagna	corso	Dispositivi con sistema di sicurezza	1 h.	1.50
5.	Azienda USL della Romagna	corso	Sistema di vigilanza per i dispositivi medici	4 h.	6
6.	Azienda USL della Romagna	corso	Igiene delle mani in ambito assistenziale	10 h.	15
7.	Azienda USL della Romagna	corso	Prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità per SANITARI	5 h.	5
8.	Azienda USL della Romagna	corso	Movimentazione manuale dei pazienti-parte teorica 2	6 h.	6
9.	Azienda USL della Romagna	corso	Sicurezza e salute in sanità- Aggiornamento Formazione specifica	6h.	6
10.	Azienda USL della Romagna	corso	Movimentazione manuale dei pazienti: parte pratica 2019	4 h.	5.20
11.	Azienda USL della Romagna	corso	Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale 2019	6.30 h.	6
12.	Azienda USL della Romagna	corso	Esercitazioni pratiche gestione PICC/PORT 8	3 h.	4.80

13.	Azienda USL della Romagna	corso	Good Clinical Pratiche principi Base 2019	3 h.	4.50
14.	Azienda USL di Bologna	corso	Il rischio Biologico in ambito sanitario. Conoscere bene per prevenire meglio : l'influenza 4	10 h.	15
15.	Azienda USL della Romagna		Sistema di vigilanza per dispositivi medici	2020 4 h.	4
16.	Azienda USL della Romagna				
17.	Azienda USL della Romagna				
18.	Azienda USL della Romagna				
19.	Azienda USL della Romagna				
20.					
21.					
22.					
23.					

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
24.	Azienda USL della Romagna				
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

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:

Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite

Buona conoscenza degli applicati di Office e degli applicativi aziendali (CCE, ZYMBRA, GRU)

(aggiungere righe in caso di necessità)

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

Buona conoscenza della lingua inglese sia scritta che parlata

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili
