

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

INCARICO DI FUNZIONE PROFESSIONISTA ESPERTO A COMPLESSITA' MEDIA
DENOMINATO
"INFERMIERE REFERENTE PERCORSO SCOMPENSO CARDIACO"

La sottoscritta MAZZOLI DANIELA

_____ MAIL daniela.mazzoli@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 SCUOLA SUPERIORE SECONDARIA Durata legale 5 anni Voto 78/100	07/07/1999	ISTITUTO TECNICO FEMMINILE "G.SAFFI" BIOLOGICO-SANITARIO FORLÌ
LAUREA TRILAUREA TRIENNALE L/SNT1 – Infermieristica Durata legale del corso: 3 anni Votazione 105/110	22/11/2007	Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, sede 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):
ALBO IPASVI	3926	28/02/2008	FORLÌ

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)
1	AUSL ROMAGNA Ospedale M.Bufalini Viale G. Ghirotti 286, 47521, Cesena, FC.	02/2016	In corso	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	U.O Cardiologia Servizi				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> Dal 2021 al 2023 referente ambulatorio scopenso cardiaco Referente Fronte Office 				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza infermieristica al paziente Gestione ambulatorio scopenso cardiaco Counseling infermieristico al paziente con scopenso cardiaco e ai familiari 24/09/2022 e 03/12/2022 Attività di docenza "CORSO DI FORMAZIONE IN CARDIOLOGIA :LA GESTIONE INTEGRATA OSPEDALIERA-TERRITORIALE DEL PAZIENTE CON SCOPENSO CARDIACO 28/11/2022 attività di docenza "PDTA SCOPENSO CARDIACO -la gestione integrata del apaziente con Scopenso Cardiaco" Assistenza al paziente con amiloidosi cardiaca Attività HOME MONITORING in pazienti portatori di device Ricercatrice STUDIO CLINICO COLT-HF 				

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)

	Datore di lavoro	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 settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	AUSL ROMAGNA Ospedale M.Bufalini Viale G. Ghirotti 286, 47521, Cesena, FC.		09/2009	11/2014	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 / Reparto in cui è stata svolta l'attività	U.O. SALA OPERATORIA GINECOLOGIA E OSTETRICA
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	<ul style="list-style-type: none"> • assistenza al paziente pre /post intervento chirurgico • gestione materiale chirurgico (sterilizzazione) • attività' di strumentista esperta • attività' di infermeire di sala operatoria • gestione delle urgenze/emergenze

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

	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)
1	AUSL ROMAGNA Ospedale M.Bufalini Viale G. Ghirotti 286, 47521, Cesena, FC.		03/2008	09/2009	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		<ul style="list-style-type: none"> • U.O BLOCCO OPERATORIO 				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		<ul style="list-style-type: none"> • assistenza al paziente pre /post intervento chirurgico • gestione materiale chirurgico (sterilizzazione) • attività' di strumentista esperta • attività' di infermeire di sala operatoria • gestione delle urgenze/emergenze 				

E) 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 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)
1							
	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:						

segue **CURRICULUM PROFESSIONALE**

F) 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

G) 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.	SUMMEET S.R.L VARESE	CONVEGNO	corso di alta formazione in cardiologia:la gestione integrata ospedaliera -territoriale del paziente con scompenso cardiaco	24/09/2022	RELATORE	
2.	SUMMEET S.R.L VARESE	CONVEGNO	corso di alta formazione in cardiologia:la gestione integrata ospedaliera -territoriale del paziente con scompenso cardiaco	03/12/2022	RELATORE	
3.	AUSL ROMAGNA	CORSO FORMATIVO	PDPA scompenso cardiaco -la gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco	28/11/2022	RELATORE	
4.						
5.						

aggiungere righe in caso di necessità

H) 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.	AUSLROMAGNA	CORSO	BLSD RETRAINING 4	4/05/2017 5	8
2.	AUSL ROMAGNA	CORSO	UTILIZZO DELL'ELETTROCARDIOGRAFO MORTARA	27/03/2018	3.9
3.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Scompenso cardiaco 2018 - Contro l'inerzia terapeutica e organizzativa: come garantire le migliori opportunità e una maggiore equità	30/11/2018	3.6
4.	AUSL ROMAGNA	CORSO	LE CARDIOPATIE CONGENITE 1	22/05/2019	5
5.	AUSL ROMAGNA	CORSO	PBLSD ROMAGNA corso base 8 ore: supporto di base delle funzioni vitali e defibrillazione in ambito pediatrico 19	26/09/2019	5
6.	AUSL ROMAGNA	CORSO	GESTIONE DELLE EMERGENZE IN U.O. CARDIOLOGIA 2	04/11/2019	4
7.	AUSL ROMAGNA	CORSO	La comunicazione efficace con l'utenza 2	15/11/2019	3.9
8.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Amiloidosi confronto tra specialisti'	07/11/2019	4
9.	AUSL ROMAGNA	CORSO	Il paziente cardiologico in urgenza 2	01/10/2020	10.4
10.	AUSL ROMAGNA	CORSO	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI: PARTE PRATICA 2019	30-05-2019	5.2

aggiungere righe in caso di necessità

I) 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
11.	AUSL BOLOGNA	CONVEGNO	La gestione del paziente con amiloidosi da transtiretina	26/11/2022	7
12.	ASUL ROAMGNA	FAD	L' ECG PEDIATRICO TIPS AND TRICKS 1	25-01-2021	3
13.	AUSL ROMAGNA	FAD	Anomalie dei sett:DIV 1	08-02-2021	1
14.	AUSL ROMAGNA	FAD	ANOMALIE CORONARICHE 1	08-03-2021	3
15.	AUSL ROMAGNA	FAD	Glucometro Accu –Check Inform II 4	25-10-2021	1
16.	AUSL ROMAGNA	FAD	Il percorso delle cardiomiopatie dell'AUSL della Romagna passato, presente e futuro 1	13-12-2021	4
17.	AUSL ROMAGNA	CORSO	PDTA Scompensio Cardiaco - La gestione integrata del paziente con Scompensio Cardiaco 2	28/11/2022	
18.	AUSL ROAMGNA	FAD	Il percorso delle cardiomiopatie dell'AUSL della Romagna passato, presente e futuro 1	06/01/2022	4
19.	AUSL ROAMGNA	FAD	La gestione multidisciplinare del paziente con scompenso 1	26/01/2022	4
20.	AUSL ROMAGNA	FAD	Scompensio cardiaco 1	26/01/2022	4.5
21.	AUSLROMAGNA	FAD	Formazione Privacy 2022	01/04/2022	1
22.	AUSL ROMAGNA	FAD	Genetica e cardiopatie congenite	18/05/2022	3
23.	AUSL ROMAGNA	CORSO	LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO 2	11/06/2022	1.2
24.	AUSLR ROMAGNA	CORSO	Corso di Formazione La gestione dell'aggressività in ambito sanitario	15/11/2022	4

25.	AUSL ROMAGNA	CORSO	La gestione del paziente con amiloidosi da transterritina	26/11/2022	6
26.	AUSL ROMAGNA	CORSO	CORSO IN CARDIOLOGIA: LA GESTIONE INTEGRATA OSPEDALIERA-TERRITORIALE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	24/09/2022 03/12/2022	
27.	AUSL ROMAGNA	FAD	Formazione Privacy 2023 2	13/01/2023	1
28.	AUSL ROMAGNA	FAD	Aritmie negli ACHD operati 1	18/01/2023	3
29.	AUSL ROMAGNA	FAD	Genetica e cardiopatie congenite 1	18/01/2023	3
30.	AUSL ROMAGNA	FAD	MIS-c Sindrome Infiammatoria Multisistemica 1	18/01/2023	3
31.	AUSL ROMAGNA	FAD	percorso formativo in Cardiologia Pediatrica 1	19/01/2023	30
32.	AUSL ROAMGNA	FAD	Cardiomiopatia da stress 1	19/01/2023	1
33.	AUSL ROAMGNA	FAD	Scompensio Cardiaco 1	19/01/2023	4-5
34.	AUSL ROMAGNA	FAD	La gestione multidisciplinare del paziente con scompensio 1	19/01/2023	3
35.	AUSL ROMAGNA	FAD	PDTA aziendale Scompensio Cardiaco 1	19/01/2023	3
36.	AUS ROMAGNA	FAD	Igiene delle Mani Nuova Edizione 5	02/02/2023	4
37.	AUSL ROMAGNA	CORSO	AMILOIDOSI TTR la nostra rete:a che punto siamo?	02/03/2022	
38.	AUSL ROMAGNA	FAD	Prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità per SANITARI - 2023 5	29/04/2023	5
39.	AUSL ROMGNA	FAD	Prevenzione e controllo delle ICA: PA 212 rev.1 del 27/07/2022 RICADUTA FORMATIVA 26	09/06/2023	2.6
40.	AUSL ROMAGNS	FAD	Il rapporto di pubblico impiego: Responsabilità disciplinare e prevenzione della corruzione [Luglio 2023] 8	4/7/2023	3
41.	AUSL ROMAGNA	FAD	Il paziente cardiologico in urgenza 2	30/10/2023	4

42.	THE GLOBAL HEALTH NETWORK	E-LEARNING	INTRODUCTION TO CLINICAL RESEARCH	22/02/2024	
43.	THE GLOBAL HEALTH NETWORK	E-LEARNING	ICH GOOD CLINICAL PRACTICE E6 (R2)	22/02/2024	
44.	THE GLOBAL HEALTH NETWORK	E-LEARNING	THE RESEARCH QUESTION	09/02/2024	
45.	ACNAP ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR NURSING	E-LEARNING	Heart Failure Course for Nurses – INSUFFICENZA CARDIACA PER INFERMIERI	18/03/2024	
46.	AUSL ROMAGNA	CORSO	ELETTROSTIMOLAZIONE DI BASE	19/03/2024	

aggiungere righe in caso di necessità

J) 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

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 degli strumenti Microsoft Office, Internet, posta elettronica, applicativi aziendali ,window 7,8,9

Excel,Powe point_____

(aggiungere righe in caso di necessità)

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

inglese_____

—

(aggiungere righe in caso di necessità)

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

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

Data_____05/07/2024_____