

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritta _____ MIANI _____ GIOVANNA _____
(cognome) (nome)

e-mail _____ giovanna.miani@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 ABILITAZIONE ALL'INSEGNAMENTO NELLE SCUOLE DI GRADO PREPARATORIO-3 ANNI	30/11/1982	SCUOLA MAGISTRALE G. GHISELLI – VIA G. GHISELLI 55 RAVENNA
DIPLOMA DI INFERMIERE PROFESSIONALE	28/06/1986	SCUOLA PER INFERMIERI PROFESSIONALI - RAVENNA

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):
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE	1102	31/07/1986	RAVENNA

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	USL N 35 RAVENNA Via De Gasperi 8 Ravenna	31/08/1989	DICEMBRE 1989	INDETERMINATO	INFERMIERE	36 A TEMPO PIENO
	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	REPARTO MEDICINA OSPEDALE SAN GIORGIO CERVIA				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (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:	<p>Mansioni: Gestione del processo di assistenza. Accoglienza. Preparazione e gestione della documentazione clinica sanitaria. Rilevazione parametri vitali. Somministrazione terapia farmacologica. Esecuzione ECG. Gestione eventuali complicanze e sorveglianza del paziente. Educazione sanitaria al paziente e caregiver.</p> <p>Capacità e competenze acquisite: Identificare i bisogni, formulare obiettivi, pianificare e valutare l'intervento assistenziale. Gestione del percorso diagnostico-terapeutico. Valutazione e gestione delle piaghe da decubito. Collaborare in equipe multidisciplinare e multiprofessionale. Comunicare in modo chiaro ed empatico con i pazienti e caregiver. Gestire situazioni di alto stress e di emergenza. Mantenere una formazione continua e aggiornarsi sulle nuove linee guida, protocolli e procedure. Conoscenza delle procedure aziendali dell'unità operativa. Gestione dei flussi informativi. Gestione delle interfacce.</p>				
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)
	USL N 35 RAVENNA via De Gasperi 8 Ravenna	DICEMBRE 1989	24/01/2011	INDETERMINATO	INFERMIERE	36 A TEMPO PIENO

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	REPARTO DI NEUROLOGIA P.O. DI RAVENNA				
Incarichi di responsabilità ricoperti (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:	<p>Mansioni: Gestione del processo di assistenza. Accoglienza. Preparazione e gestione della documentazione clinica sanitaria. Rilevazione parametri vitali. Valutazione disfagia. Somministrazione terapia farmacologica. Esecuzione ECG. Gestione eventuali complicanze e sorveglianza del paziente. Collaborazione con i fisioterapisti per la mobilizzazione del paziente. Utilizzo ausili per mobilizzazione. Gestione della contenzione e valutazione rischio cadute. Educazione sanitaria al paziente e caregiver.</p> <p>Capacità e competenze acquisite: Identificare i bisogni, formulare obiettivi, pianificare e valutare l'intervento assistenziale. Collaborare in equipe multidisciplinare e multiprofessionale. Gestione del percorso diagnostico-terapeutico. Comunicare in modo chiaro ed empatico con i pazienti e caregiver. Gestire situazioni di alto stress e di emergenza. Mantenere una formazione continua e aggiornarsi sulle nuove linee guida, protocolli e procedure. Conoscenza delle procedure aziendali dell'unità operativa. Gestione dei flussi informativi. Gestione delle interfacce. Con l'apertura della semintensiva Strok-unit, conoscenza e gestione delle apparecchiature elettromedicali, monitoraggio del paziente, gestione della tracheostomia, aspirazione delle secrezioni bronchiali, gestione SNG, protocollo trombolisi.</p>				
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)
AZIENDA SANITARIA LOCALE RAVENNA via De Gasperi 8 Ravenna	24/01/2011	24/07/2012	INDETERMINATO	INFERMIERE	36 A TEMPO PIENO
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	DH NEUROLOGIA E PIANIFICAZIONE AMBULATORI SCLEROSI MULTIPLA, DISTURBI DEL MOVIMENTO, NEUROMUSCOLARE, SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA, TOSSINA BOTULINICA P.O. DI RAVENNA				
Incarichi di responsabilità ricoperti (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	<p>Mansioni: Gestione del processo di assistenza. Accoglienza.</p>				

	competenze acquisite:	<p>Preparazione e gestione della documentazione clinica sanitaria. Rilevazione parametri vitali. Somministrazione terapia farmacologica. Gestione eventuali complicanze e sorveglianza del paziente Educazione sanitaria al paziente e caregiver. Riguardo la parte ambulatoriale, preparazione documentazione clinica, pianificazione follow up, prelievi ematici e RMN, richiesta farmaci e addestramenti terapie DMT. Attività di counseling telefonico e in presenza. Capacità e competenze acquisite: Identificare i bisogni, formulare obiettivi, pianificare e valutare l'intervento assistenziale. Gestione del percorso diagnostico-terapeutico. Collaborare in equipe multidisciplinare e multiprofessionale. Comunicare in modo chiaro ed empatico con i pazienti e caregiver. Gestire situazioni di alto stress. Mantenere una formazione continua e aggiornarsi sulle nuove linee guida, protocolli e procedure. Gestire la pianificazione ambulatoriale di follow up, prelievi ematici, terapie DMT. Conoscenza delle procedure aziendali dell'unità operativa. Gestione dei flussi informativi. Gestione delle interfacce.</p>				
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)
	AZIENDA SANITARIA LOCALE RAVENNA via De Gasperi 8 Ravenna	24/07/2012	31/08/2024	INDETERMINATO	INFERMIERE	36 A TEMPO PIENO
	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	DH MULTIDISCIPLINARE ALL'INTERNO STRUTTURA SEMPLICE SCLEROSI MULTIPLA P. O. di RAVENNA				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	REFERENTE INFERMIERISTICO CENTRO SCLEROSI MULTIPLA - RAVENNA				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Mansioni: Pianificazione ambulatori Disturbi del Movimento, Neuromuscolare, Sclerosi Multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Cefalea, tossina botulinica. Management della persona con Sclerosi Multipla Valutare i bisogni degli utenti. Attivare il percorso assistenziale. Team leader della presa in carico del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Monitoraggio del paziente con Sclerosi Multipla. Valutazione e sostegno alla persona con Sclerosi Multipla. Attivazione della rete a sostegno del paziente e dei familiari. Addestramento alle terapie DMT iniettive e per via orale. Educazione al paziente per la gestione degli eventi avversi. Organizzazione delle agende per lo svolgimento dell'attività ambulatoriale (1° visita e follow up) nei tre ambiti Ravenna, Lugo, Faenza. Organizzazione degli esami ematochimici e neuroradiologici come da protocolli e in collaborazione con il neurologo referente. Counseling alla persona con Sclerosi Multipla e ai caregiver. Conservazione della documentazione clinica ambulatoriale. Gestione dei percorsi interdisciplinari (farmacia, fisiatra, pediatra, endocrinologia, infettivi, oculistica, cardiologia, urologia, radiologia, psicologia-neuropsicologia, neurofisiologia e ginecologia –ostetricia, ematologia, logopedia, ecc)				

		<p>Gestione della prescrizione ausili/device per i disturbi urinari e intestinali (TAI) con autorizzazione alla piattaforma aziendale Auxilium. Coordinamento con i Neurologi del Centro Sclerosi Multipla. Competenze acquisite: Conoscenza approfondita della Sclerosi Multipla (cause, sintomi, terapie, protocolli, linee guida sull'utilizzo dei farmaci DMT e strategie di gestione). Sviluppo di capacità empatiche e sensibilità nei confronti del paziente con Sclerosi Multipla. Comunicazione chiara ed efficace con i pazienti. Implementazione all'approccio multidisciplinare. Gestione del progetto terapeutico e assistenziale dedicato alle persone con Sclerosi Multipla. Pianificazione di interventi assistenziali personalizzati per le persone con Sclerosi Multipla. Identificazione dei bisogni nelle diverse fasi della malattia, sia dei pazienti che dei familiari-caregiver. Sviluppo di modelli organizzativi di presa in carico della persona con Sclerosi Multipla garantendo la continuità delle cure e l'educazione terapeutica. Capacità di problem solving e di confronto con i neurologi referenti del Centro Sclerosi Multipla.. Gestione delle agende autogestite Log 80 Promozione e coinvolgimento in progetti di ricerca. Collaborazione con associazione AISM. Conoscenza delle procedure aziendali dell'unita' operativa. Gestione dei flussi informativi. Gestione delle interfacce.</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)
1	AZIENDA SANITARIA LOCALE RAVENNA via De Gasperi 8 Ravenna	01/09/2024	A TUTT'OGGI	INDETERMINATO	INFERMIERE	36 A TEMPO PIENO
	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	DH MULTIDISCIPLINARE ALL'INTERNO STRUTTURA SEMPLICE SCLEROSI MULTIPLA P. O. di RAVENNA				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	INFERMIERE ESPERTO PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE – SCLEROSI MULTIPLA #2				

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 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 CURA DOMUNS NOVA via Pavirani RAVENNA	RAVENNA	25/01/1988	31/08/1989	INDETERMINATO	INFERMIER E	36 A TEMPO PIENO
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		REPARTO DI MEDICINA, OSTETRICIA E GINECOLOGIA				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		<p>Mansioni: Gestione del processo di assistenza Accoglienza. Preparazione e gestione della documentazione clinica sanitaria, Rilevazione parametri vitali. Somministrazione terapia farmacologica. Gestione eventuali complicanze. Sorveglianza del paziente. Educazione sanitaria al paziente e caregiver.</p> <p>Capacità e competenze acquisite: Identificare i bisogni, formulare obiettivi, pianificare e valutare l'intervento assistenziale. Gestione del percorso diagnostico-terapeutico. Valutazione e gestione delle piaghe da decubito. Collaborare in equipe multidisciplinare e multiprofessionale. Comunicare in modo chiaro ed empatico con i pazienti e caregiver. Gestire situazioni di alto stress e di emergenza. Conoscenza delle procedure aziendali dell'unità operativa. Gestione dei flussi informativi. Gestione delle interfacce.</p>				

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:

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.	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA Via De Gasperi 8 Ravenna	EVENTO FORMATIVO	LA PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE AFFETTO DA SCLEROSI MULTIPLA	14/12/2023 1,30 ORE	DOCENTE	4
2.						
3.						
4.						
5.						

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.	SISM	EVENTO FORMATIVO	SCLEROSI MULTIPLA E NEUROMIELITE OTTICA A CONFRONTO	IN CORSO	
2.	EOLO GROUP EVENTI	EVENTO FORMATIVO	SCLEROSI MULTIPLA TRA RICERCA, PRATICA CLINICA E GESTION EDEL PAZIENTE	IN CORSO	
3.	EUREKA	EVENTO FORMATIVO	LA RIFORMA DELLA SANITA' TERRITORIALE E LA PRESA IN CARICO E LA GESTIONE SUL TERRITORIO DEL PAZIENTE COMPLESSO TRA APPROPRIATEZZA E SOSTENIBILITA'	26/01/2024	20
4.	AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	EVENTO FORMATIVO	L'ESSERE DIGITALI	28/12/2023 5 ORE	7,5
5.	AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	EVENTO FORMATIVO	AUMENTARE LA COESIONE DI GRUPPO	20/12/2024 20 ORE	20
6.	FISM	EVENTO FORMATIVO	IL TRAPIANTO AUTOLOGO DI CELLULE STAMINALI EMOLINFOPOIETICHE NELLA SCLEROSI MULTIPLA	30/11/2023	4
7.	AIM EDUCATION	EVENTO FORMATIVO	SMART NURSE	24/11/2023	4,2
8.	AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	EVENTO FORMATIVO	LA RELAZIONE CON L'UTENTE STRATEGIE DI UNA BUONA COMUNICAZIONE	06/11/2023 4 ORE	6,4
9.	INTERMEETING	EVENTO FORMATIVO	LE MALATTIE NEURODEGENERATIVE NEL PERIODO POST PANDEMIA	08/11/2023	15
10.	LOPEZ SOC COOP	EVENTO FORMATIVO	SPASTICITY PLUS: UN NUOVO MODELLO DI APPROCCIO ALLA SCLEROSI MULTIPLA	27/10/2023	6
11.	VYVAMED	EVENTO FORMATIVO	MINDCARE STARS IN A BOX I DISTURBI COGNITIVI DEL PAZIENTE CON SCLEROSI MULTIPLA DALL'IDENTIFICAZIONE ALLA RIABILITAZIONE	26/10/2023	6

12.	AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	EVENTO FORMATIVO	HEALTH LITERACY 2023	19/10/2023 4 ORE	4
13.	CAST EDUTAINMENT	EVENTO FORMATIVO	LA RESPONSABILITA' DI COMUNICARE CONOSCERSI COME COMUNICATORI PER MIGLIORARE IL PERCORSO DI CURA CON COLLEGHI E PAZIENTI	21/06/2023	15
14.	LOPEZ SOC COOP	EVENTO FORMATIVO	VACCINAZIONI E SCLEROSI MULTIPLA NELL'ERA POST COVID 19	12/06/2023 4 ORE	4
15.	FISM	EVENTO FORMATIVO	IL DISTURBO DELLO SPETTRO DELLA NEUROMIELITE OTTICA: DIAGNOSI, TERAPIA E ASPETTI SOCIO-SANITARI	31/03/2023	4,5
16.	LOPEZ SOC COOP	EVENTO FORMATIVO	TRATTAMENTI ORALI DI PRIMA LINEA NELLA SM: ATTUALITA' E CONTROVERSIE	24/2/2023	7
17.	AIM EDUCATION	EVENTO FORMATIVO	SMART NURSE – ASSISTENZA ALLA PERSONA CON SM: L'INFERMIERE COME PROFESSIONISTA DEDICATO	14/10/2022	6
18.	MEDIMAY COMUNICATION	EVENTO FORMATIVO	SCLEROSI MULTIPLA E GENITORIALITA', PIANIFICAZIONE RESPONSABILE E GESTIONE PERSONALIZZATA DELLA GRAVIDANZA	24/02/2022	9
19.	MAPY CONSULENZA & SERVIZI	CORSO	SM E COVID 19: A CHE PUNTO SIAMO?		9
20.	DYNAMICON EDUCATION	CORSO	MS MATTER ROADMAP NELLA SM RR-LA FUNZIONE COGNITIVA NELLA SMRR	07/06/2021	3
21.	DYNAMICON EDUCATION	CORSO	MS MATTER ROADMAP NELLA SM RR-RECENTI TRIALS CLINICI NELLA SMRR	18/05/2021	3
22.	LOPEZ SOC COOP	EVENTO FORMATIVO	LA GESTIONE DELLA SCLEROSI MULTIPLA IN ROMAGNA IN TEMPI DI PANDEMIA COVID 19: A CHE PUNTO SIAMO?	27/10/2020 3 ORE	3
23.	DYNAMICON EDUCATION	CORSO	MS MATTER ROADMAP NELLA SM RR- APPROCCIO TERAPEUTICO E TRATTAMENTO PRECOCE NELLA SMRR	10/05/1921	3
24.	THENEWWAY	EVENTO FORMATIVO	LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE SM CANDIDATO ALLE TERAPIE EV: RUOLO E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE	04/12/2019	6
25.	THENEWWAY	EVENTO FORMATIVO	SPIDER LA SCLEROSI MULTIPLA SI MUOVE IN RETE	15/11/2017 3 ORE	2,3
26.	FIRST CLASS	EVENTO FORMATIVO	HOME OF THERAPIES – INCONTRO NAZIONALE INFERMIERI	24- 25/03/2017	2,1
27.	LOPEZ SOC COOP	EVENTO FORMATIVO	LA SCLEROSI MULTIPLA: IL PARADIGMA DI UNA PATOLOGIA CRONICA A CONFRONTO CON NUOVI APPROCCI DIAGNOSTICI E	21/06/2016	7

			TERAPIE INNOVATIVE		
28.	CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI	EVENTO FORMATIVO	SCLEROSI MULTIPLA-NUOVE TECNOLOGIE WEB-BASED ED ENGAGEMENT DEL PAZIENTE PER UN'ADERENZA OTTIMALE ALLA TERAPIA INIETTIVA	20/11/2015	5
29.	MCCANN	EVENTO FORMATIVO	EMPATIA: REALTA' ED ESPERIENZE DEGLI INFERMIERI IN SCLEROSI MULTIPLA	27-28/09/2013	13,5
30.	PROVIDER PLANNING CONGRESSI	EVENTO FORMATIVO	ASPETTI CLINICI ED EMOZIONALE NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE CON SCLEROSI MULTIPLA	19-20/04/2013	9
31.	PLANNING CONGRESSI	EVENTO FORMATIVO	L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E DI EUIPE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SCLEROSI MULTIPLA	30-31/03/2012	8
32.	TRIUMPH ECM	EVENTO FORMATIVO	CORSO LA PERSONLIZZAZIONE DELLA TERAPIA DEL PAZIENTE CON SM	30-31/05/2011	7

aggiungere righe in caso di necessità

J) Partecipazione in qualità di **discente / **uditore** ad eventi formativi e/o di aggiornamento professionale (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
33.					
34.					
35.					
36.					
37.					
38.					

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

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 E UTILIZZO DI WORD, EXCEL, POWERPOINT (impostazione Data Base, schemi e protocolli) ACQUISITE IN AUTONOMIA

(aggiungere righe in caso di necessità)

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

___ LIVELLO BASE DI LINGUA INGLESE ___

(aggiungere righe in caso di necessità)

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

HO SVOLTO ATTIVITA' SCOUT E SEGUITO UN CORSO DI YOGA DELLA RISATA ORGANIZZATO DALL'AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA.

HO PARTECIPATO ALLO STUDIO OSSERVAZIONALE EVOLUTION – NOVARTIS DAL 2017 AL 2021 E ALLO STUDIO OSSERVAZIONALE BEAT DAL 2014 AL 2017

(aggiungere righe in caso di necessità)

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

Data _____

FIRMA _____

(FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso, o FIRMA DIGITALE certificata)