

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

e-mail : [barbara.montanari@auslromagna.it](mailto:barbara.montanari@auslromagna.it)

La sottoscritta Montanari Barbara

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)
<i>DIPLOMA TECNICO DEI SERVIZI SOCIALI</i>	06/1996	ISTITUTO PROFESSIONALE "ERNESTA STOPPA" DI LUGO
CORSO ADDETTO ALL'ASSISTENZA DI BASE (ADB)	1999	C.P.F.P VILLA SAN MARTINO DI LUGO (RAVENNA)
OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) MISURA COMPENSATIVA DI 95 ORE PER LA RIQUALIFICAZIONE	2005	IRECOOP DI FAENZA (RAVENNA)
LAUREA IN INFERMIERISTICA	26/11/10	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA SEDE DISTACCATA DI 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):
<i>ALBO INFERMIERI</i>	4001	01/12/2010	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)

	<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	<b>Ospedale Civile di Lugo Umberto 1° Viale Dante 10</b>	02/07/2007	30/11/2015	Tempo indeterminato	OSS	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>	U.O DI PRONTO SOCCORSO				
	<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:					

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 dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
2	<b>Ospedale Civile di Lugo Umberto 1° Viale Dante 10</b>	01/12/2015	Ad oggi	Tempo indeterminato	Cps infermiere cat.D	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>	U.O DI MEDICINA INTERNA				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	"Infermiere Case Manager Area Medica # 15 " a decorrere dal 01/09/2024				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:					

**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 dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1							
	<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 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**

**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 dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	COOPERATIVA Sociale Il Cerchio Viale della Lirica Ravenna	Ospedale Civile Umberto 1° Lugo Viale Dante 10	01/07/1999	30/06/2007	Tempo indeterminato	OSS	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>		U.O Lungodegenza U.O Pronto Soccorso				
	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)
1							
	<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 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> <b>(gg/mm/aa) e</b> <b>durata</b> espressa in ore / giornate	<b>Ruolo</b> (Relatore, Moderatore ecc.)	<b>Numero di</b> <b>ECM</b> eventualmente conseguiti
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

*aggiungere righe in caso di necessità*

segue **CURRICULUM FORMATIVO**

**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.**

	<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> eventualmente conseguiti
1.					-
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

*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):**

	<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> eventualmente conseguiti
13.	AMPESSE Associazione multidisciplinare per una cultura della psicologia e dell'etica socio sanitaria	Seminario	MANAGEMENT INFERMIERISTICO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE ETICO DEONTOLOGICHE DEL CONTESTO SANITARIO ATTUALE	31/03/2007 Durata: 6 ore	-
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					

aggiungere righe in caso di necessità

**K) 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>	UNIVERSITA'DEGLI STUDI DI BOLOGNA	U.O MEDICINA INTERNA OSPEDALE CIVILE UMBERTO 1°, VIALE DANTE 10 , LUGO(RA)	01/06/2007 01/09/2007	30/06/2007 30/09/2007	TIROCINIO	
<b>2</b>	UNIVERSITA'DEGLI STUDI DI BOLOGNA	U.O CARDIOLOGIA OSPEDALE CIVILE UMBERTO1° VIALE DANTE 10, LUGO (RA)	01/01/2008	31/01/2008	TIROCINIO	
<b>3</b>	UNIVERSITA'DEGLI STUDI DI BOLOGNA	U.O CHIRURGIA DEGENZA E SALA OPERATORIA CHIRURGICA OSPEDALE CIVILE UMBERTO 1°, VIALE DANTE 10 LUGO(RA)	01/05/2008	30/06/2008	TIROCINIO	

4	UNIVERSITA'DEGLI STUDI DI BOLOGNA	U.O PEDIATRIA E OSTETRICIA OSPEDALE CIVILE UMBERTO 1°, VIALE DANTE 10, LUGO (RA)	01/09/2008	30/09/2008	TIROCINIO	
5	UNIVERSITA'DEGLI STUDI DI BOLOGNA	U.O TERAPIA INTENSIVA VILLA MARIA VIA CORRIERA 1, COTIGNOLA (RA)	01/11/2008	31/12/2008	TIROCINIO	
6	UNIVERSITA'DEGLI STUDI DI BOLOGNA	U.O RIANIMAZIONE OSPEDALE CIVILE UMBERTO 1°, VIALE DANTE 10, LUGO (RA)	01/01/2009	31/01/2009	TIROCINIO	
7	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA	CENTRO SALUTE MENTALE, VIA MASI 18, LUGO (RA)	01/05/2009	31/05/2009	TIROCINIO	
8	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA	ASSISTENZA DOMICILIARE OSPEDALE CIVILE UMBERTO 1°, VIALE DANTE 10 LUGO (RA)	01/06/2009	30/06/2009	TIROCINIO	
8	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA	U.O PRONTO SOCCORSO OSPEDALE CIVILE UMBERTO 1° , VIALE DANTE 10 , LUGO (RA)	01/07/2009	31/07/2009	TIROCINIO	
	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 DEI DIVERSI APPLICATIVI DEL PACCHETTO OFFICE (WORD EXCEL, POWER POINT E INTERNET EXPLORER)

*(aggiungere righe in caso di necessità)*

### **Lingue Straniere:**

*Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza*

ITALIANO MADRELINGUA E BUONA CONOSCENZA DELLA LINGUIA

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)