

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

In allegato alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per soli titoli per la formazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato in qualità di

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_ Nicoletti \_\_\_\_\_ Roberta Marta \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_

**dichiara** 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 che le eventuali fotocopie di titoli allegati sono conformi all'originale.

<b>INFORMAZIONI PERSONALI</b>	
Nome [Cognome, Nome]	Nicoletti Roberta Marta
Indirizzo [ Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese ]	
Telefono	
Fax	
E-mail	roberta.nicoletti@auslromagna.it
Nazionalità	italiana
Data di nascita [ Giorno, mese, anno ]	

<b>ESPERIENZE LAVORATIVE</b>	[copiare l'intera sezione per ciascuna attività svolta]
<b>• Date: da</b> (gg/mm/aa) <b>a</b> (gg/mm/aa)	
<b>• Nome e indirizzo dell'azienda/ente</b>	<i>Azienda USL della Romagna SERVIZI PRESTATI IN ENTI CONFLUITI Dal 22/12/1984 al 30/04/1987 AA-MM-GG INFERMIERE PROFESS. COLL. INCARICO SU POSTO VACANTE Presso: U.S.L. n.41 Riccione 02-04-10 Dal 01/05/1987 al 31/03/1992 AA-MM-GG INFERMIERE PROFESS. COLL. RUOLO Presso: U.S.L. n.41 Riccione 04-04-29 Dal 01/04/1992 al 30/06/1994 AA-MM-GG OPERAT.PROF. COORD.- INFERMIERE PROF.LE RUOLO Presso: U.S.L. n.41 Riccione 02-03-00 SERVIZI PRESTATI NELL'AZIENDA Dal 01/07/1994 al 31/12/1997 AA-MM-GG OPERAT.PROF. COORD.- INFERMIERE PROF.LE Applicazione C.C.N.L. Comparto Sanità 07/04/99 03-06-00 RUOLO Dal 01/01/1998 al 31/08/2003 AA-MM-GG COLLABORATORE</i>

	<p>PROF.LE SANITARIO - INFERMIERE  Applicazione C.C.N.L. Comparto Sanità 07/04/99  05-08-00 Rapporto tempo indeterminato  Dal 01/09/2003 a tutt'oggi COLLAB.PROF. SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE  Rapporto tempo indeterminato  ASSENZE  AA-MM-GG  00-06-00  Dal 01/11/1990 al 30/04/1991 ASPETTATIVA STUDIO SENZA ASS. INCARICHI  Si attesta che al dipendente sono stati conferiti i seguenti incarichi:  01/09/2001 al 31/08/2003 COORDINAMENTO  U.O. DIALISI -RICCIONE  RC OSPEDALE (SERVIZIO EMODIALISI)  PRESIDIO OSPEDALIERO DI RICCIONE  Delibera nr. 278 del 01/07/2003  01/09/2012 al 30/04/2013 COORDINAMENTO " DS " COMPLESSO  U.O. DIALISI -RICCIONE  RC OSPEDALE (SERVIZIO EMODIALISI)  PRESIDIO OSPEDALIERO DI RICCIONE  Delibera nr. 265 del 24/04/2013  01/05/2013 al 30/04/2016 COORDINAMENTO " DS " COMPLESSO  DIALISI - RICCIONE  RC OSPEDALE (SERVIZIO EMODIALISI)  PRESIDIO OSPEDALIERO DI RICCIONE  Delibera nr. 265 del 24/04/2013  01/09/2003 al 31/08/2012 COORDINAMENTO " DS " COMPLESSO  U.O. DIALISI -RICCIONE  RC OSPEDALE (SERVIZIO EMODIALISI)  PRESIDIO OSPEDALIERO DI RICCIONE  Delibera nr. 171 del 28/04/2005  Delibera nr. 360 del 21/08/2007</p> <p>Dal 01/05/1992 a tutt'oggi presso l'Azienda USL della Romagna nel Servizio Dialisi Riccione in qualità di infermiere con incarico di coordinamento DS complesso.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qualifica/profilo professionale</b></li> <li>• <b>Tipo di rapporto di lavoro</b> (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con impegno orario settimanale)</li> <li>• <b>Aspettative senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità</b></li> <li>• <b>Ambito di attività</b></li> <li>• <b>Principali mansioni e responsabilità</b></li> <li>• <b>Capacità e competenze acquisite</b></li> </ul>	<p><i>infermiere con incarico di funzione di Coordinamento complesso con delibera n° 354 del 10/07/2009</i></p> <p>Rapporto di lavoro a tempo indeterminato</p> <p>Dal 1/11/1990 al 30/04/1991</p> <p>Gestione delle risorse umane, materiali, economiche e tecnologiche per la garanzia del governo clinico assistenziale.  Referente della formazione, accreditamento, rischio clinico, componente radici. Preposto alla sicurezza.</p> <p>Capacità di affrontare e risolvere gli imprevisti cercando di adottare soluzioni efficaci o ove è necessario collaborare con altri professionisti.</p>
<p><b>ISTRUZIONE E FORMAZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Titolo di studio</b> (lauree, specializzazioni) <i>[elencare separatamente ciascun titolo]</i></li> </ul>	<p><i>[copiare la sezione di interesse al bisogno]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diploma di qualifica assistente per l'infanzia presso l'istituto professionale melozzo da forlì 29/6/1981</li> <li>• Diploma di infermiere professionale conseguito presso la scuola USL 3 regione marche 1/7/1984</li> </ul>

<p>Conseguito presso:</p> <p>Data conseguimento (gg/mm/aa)</p> <p>durata percorso di studio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, conseguito il _10/07/1991_ presso Scuola per Infermieri professionali "Suore della Misericordia - Roma</li> </ul>
<p><b>• Corsi universitari</b></p> <p>[elencare separatamente ciascun corso] (dottorati, master, corsi di perfezionamento)</p> <p>Conseguito presso:</p> <p>• Data conseguimento (gg/mm/aa)</p> <p>• durata corso</p>	
<p><b>• Attività formative</b></p> <p>(frequenze, corsi di formazione, stage, borse di studio ecc)</p> <p><i>[elencare separatamente ciascuna attività indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, argomenti/temi/aspetti oggetto di approfondimento, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM....ecc...]</i></p>	<p>Dichiaro di essere in regola con i crediti formativi come da normativa ministeriale ( allegato n1 e 2)</p> <p>Per l'anno 2018 e 2019 la partecipazione ai corsi di aggiornamento non ancora visibili sul portale aziendale WHR-TIME in quanto la procedura di chiusura del corso da parte degli uffici competenti è ancora in corso sono riportati in elenco nell'allegato n 3</p>
<p><b>• Attività di aggiornamento</b></p> <p>(partecipazione a corsi di aggiornamento, ecc...)</p> <p><i>[elencare separatamente ciascun evento indicando la tipologia, presso quale ente si è svolto, argomenti/temi trattati, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM....ecc, precisare se la partecipazione sia avvenuta in qualità di docente o relatore ]</i></p>	<p><b>PUBBLICAZIONI</b></p> <p><i>Giornale di Tecniche &amp; Nefrologiche 2013,25(3):240-243</i></p> <p><i>DOI 10 5301GTND20131 11476</i></p> <p><b>NESSING NEFROLOGICO</b></p> <p><i>la salute dei pazienti in dialisi e le nostre mani.</i></p> <p><i>Il contributo infermieristico alla prevenzione delle infezioni associate alle organizzazioni sanitarie nel centro dialisi della ASL di Rimini</i></p> <p><i>marina sgreccia 1,tatiana fronzoni1, elisa ticchi1, nicole marcatelli2, roberta marta nicoletti3, barbara zanchi3, elisa garattoni4, grazia antonella tura2,</i></p> <p><i>1centro dialisi ospedaliero ,ospedale infermi rimini</i></p> <p><i>2 settore rischio infettivoazienda USL di rimini</i></p> <p><i>3 centro dialisi assistenza limitata ospedale ceccarini riccione</i></p> <p><i>4 centro dialisiassistenza limitata ospedale franchini santarcangelo</i></p>
<p><b>• Altre esperienze</b></p> <p><i>[elencare separatamente ciascun esperienza, ritenuta coerente con il profilo da ricoprire, indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, data/periodo di svolgimento, impegno orario]</i></p>	

<b>ULTERIORI INFORMAZIONI</b>	
<p><b>Lingue Straniere</b>  <i>[ Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza ]</i></p>	Inglese scolastico base
<p><b>Capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali</b>  <i>[ Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].</i></p>	
<p><b>Altre Capacità e competenze</b>  <i>[ Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].</i></p>	
<p><b>Eventuali Allegati</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pubblicazione Giornale di Tecniche &amp; Nefrologichee Dialitiche</li> <li>• allegato 1 dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà elenco corsi anno 2001-2016</li> <li>• allegato 2 dichiarazione sostitutiva di certificazione elenco corsi anno 2017 – 2018</li> <li>• allegato 3 dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà elenco corsi anno 2008-2019</li> </ul>

Data 25/05/2023

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma autografa o digitale certificata)

Allegata copia di documento di identità in corso di validità