

CURRICULUM VITAE

Il/la sottoscritta _____ Palazzi _____ Tatiana _____
(cognome) (nome)

e-mail tatiana.palazzi@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)
MATERIE SCIENTIFICHE E DI LABORATORIO DIPLOMA DI MATURITÀ SCIENTIFICA 1988 -1993	18/08/1993	LICEO SCIENTIFICO STATALE "A. SERPIERI", RIMINI
FACOLTÀ MEDICINA E CHIRURGIA LAUREA IN INFERMIERISTICA 2003- 2006	31/01/2007	UNIVERSITÀ DI BOLOGNA – SEDE DI RIMINI
"FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE" MASTER DI PRIMO LIVELLO 2012- 2013	17/07/2014	UNIVERSITÀ DI BOLOGNA – SEDE DI 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):
Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rimini	1579	04-12-2006	Rimini

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	Azienda Usl di Rimini	20/12/2006	30/11/2007	Dipendente a Tempo determinato	Infermiere	
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)	Nessuna		Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	Unità Operativa Cardiologia / Utic Rimini				
	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:	Assistenza infermieristica generale, utilizzo di apparecchiature cardiologiche.				

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

	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	Azienda Usl della Romagna	01/12/2007	15/09/2019	Dipendente a tempo Indeterminato	Infermiere	
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)	Nessuna		Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	Unità Operativa Cardiologia / Utic Rimini				
	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:	Assistenza infermieristica generale, utilizzo di apparecchiature cardiologiche, attività di supporto infermieristica alla libera professione medica intramuraria, sostituzione coordinatore in caso di assenza programmata (Ferie), infermiera di Ricerca negli Studi Clinici di Fase 3 e Fase 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)
3	Azienda Usl della Romagna	16/09/2019	30/09/2025	Dipendente a tempo Indeterminato	Infermiere	
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)	10/08/2020	31/10/2021	Motivo: Congedo biennale legge 104/92 art.42, comma 5 D.Lgs. 151/01		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	Unità Operativa Nefrologia e Dialisi – Servizio Dialisi Santarcangelo di Romagna				
	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:	Assistenza infermieristica paziente dializzato , utilizzo delle apparecchiature di dialisi, sostituzione coordinatore in caso di assenza programmata (Ferie), da Aprile 2024 Link Rischio infettivo.				

	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)
4	Azienda Usl della Romagna	01/10/2025	A tutt'oggi	Dipendente a tempo Indeterminato	Incaricato di funzione N°772-IF/2025	
	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	Unità Operativa Nefrologia e Dialisi – Servizio Dialisi Santarcangelo di Romagna				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Incaricato di funzione organizzativa a complessità media “Coordinamento Servizio Dialisi- Santarcangelo”				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	Garantire il processo tecnico/diagnostico/assistenziale attraverso la gestione delle risorse umane, tecnologiche e materiali affidate; collaborare nella definizione e gestione del processo di budget. Referente della formazione, e dell'accreditamento.				

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 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)
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:						

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:

	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							
	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)

	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:						

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

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.	Università degli studi di Bologna- sede di Rimini- Corso di Laurea in Infermieristica	18/12/2006	18/12/2006		1 ora	Nursing Perioperatorio
2.	Università degli studi di Bologna- sede di Rimini - Corso di Laurea in Infermieristica	09/10/2007	09/10/2007		1 ora	"Malnutriti in Ospedale? Cos'è la malnutrizione, quali sono i costi e le cause" Edizione 1
3.	Cesvip (Centro sviluppo piccola e media impresa) Rimini Corso per operatore Socio Sanitario	07/12/2011	30/06/2011	1	20 ore	Geriatrics
4.	Università degli studi di Bologna- sede di Rimini - Corso di Laurea in Infermieristica	12/04/2012	12/04/2012		1 giornata	Rappresentante membro del Collegio Ipasvi Rimini nella Commissione di Laurea in Infermieristica
5.	Università degli studi di Bologna- sede di Rimini - Corso di Laurea in Infermieristica	19/04/2012	19/04/2012		1 giornata	Rappresentante membro del Collegio Ipasvi Rimini nella Commissione di Laurea in Infermieristica
6.	Università degli studi di Bologna- sede di Rimini - Corso di Laurea in Infermieristica	17/11/2014	17/11/2014		1 giornata	Rappresentante membro del Collegio Ipasvi Rimini nella Commissione di Laurea in Infermieristica
7.	Università degli studi di Bologna- sede di Rimini - Corso di Laurea in Infermieristica	18/11/2014	18/11/2014		1 giornata	Rappresentante membro del Collegio Ipasvi Rimini nella Commissione di Laurea in Infermieristica
8.	Università degli studi di Bologna- sede di Rimini - Corso di Laurea in Infermieristica	24/11/2014	24/11/2014		1 giornata	Rappresentante membro del Collegio Ipasvi Rimini nella Commissione di Laurea in Infermieristica
9.	Università degli studi di Bologna- sede di Rimini - Corso di Laurea in Infermieristica	25/11/2014	25/11/2014		1 giornata	Rappresentante membro del Collegio Ipasvi Rimini nella Commissione di Laurea in Infermieristica

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	Corso di aggiornamento	"Prevenzione e controllo delle ICA: Pa 212 rev.1 del 27/07/2022"	31/05/2023 02/10/2023 09/10/2023 (4 ore totali)	Docente	Azienda Usl della Romagna
2.	Azienda Usl della Romagna	Corso di aggiornamento	"Aspetti pratici nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza."	24/10/2024 (1 ora)	Docente	Azienda Usl della Romagna
3.						
4.						
5.						
6.						

aggiungere righe in caso di necessità

segue **CURRICULUM FORMATIVO**

I) 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
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

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	Azienda Usl di Rimini	Unità Operativa Cardiologia /Utic Riccione	01/08/2006	30/09/2006	Borsa di studio	36 ore
	Ambiti in cui l'attività è stata svolta, principali mansioni, responsabilità, capacità e competenze acquisite		Assistenza infermieristica generale, attività ambulatoriale e utilizzo delle apparecchiature cardiologiche.			

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 Sul Periodico trimestrale "Nursing Oggi" Numero 2, Aprile-Giugno 2007- Editore Lauri srl-Milano
Articolo di 4 pagine, titolo: "Digiuno preoperatorio dalla mezzanotte: pratica clinica necessaria o abitudine consolidata ?"

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 conoscenza e praticità del Sistema Operativo Windows 10 e delle precedenti edizioni, del pacchetto Office e della navigazione sul Web; buona capacità nella risoluzione dei problemi di base.

(aggiungere righe in caso di necessità)

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

Inglese livello base _____

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

Nel triennio 2012- 2014 Membro del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio Ipasvi di Rimini.

Dal 17/07/2009 al 15/09/2011 nell'Unità Operativa di Cardiologia/Utic Rimini Infermiera di Ricerca nello Studio Clinico di Fase 3 "Tracer".

Dal 10/06/2017 al 30/01/2019 nell'Unità Operativa di Cardiologia/Utic Rimini Infermiera di Ricerca nello Studio Clinico di Fase 3 "Paradise".

Dal 12/12/2016 al 15/09/2019 nell'Unità Operativa di Cardiologia/Utic Rimini Infermiera di Ricerca negli Studi Clinici di Fase 1 .

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nel C.V. ai sensi del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR

(Regolamento UE 2016/679)

Data 20/10/2025