

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE AUTOCERTIFICATO

La sottoscritta **CECCARELLI** **MORENA**
(cognome) (nome)
nata a _____ il _
residente _____ in _____

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.

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **MORENA CECCARELLI**
Indirizzo _____
Telefono _____
Fax _____
E-mail _____

Nazionalità **Italiana**

Data di nascita _____

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) dal Dicembre 1984 a Febbraio 1987 come infermiere incaricato
- Nome e indirizzo del datore di lavoro AZIENDA ASL ROMAGNA
 - Tipo di azienda o settore OSPEDALIERA
 - Tipo di impiego INFERMIERA
- Principali mansioni e responsabilità *dipendente a tempo indeterminato di codesta Azienda , a decorrere dal 18/06/1987.*
 - Date (da – a) AZIENDA ASL ROMAGNA
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore OSPEDALIERA
 - Tipo di impiego Infermiera
- Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di impiego
- Date (da – a) Dal 01/11/2018 AL 30/06/2019
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda asl della Romagna via de Gasperi 8 Ravenna
 - Tipo di azienda o settore Ospedaliere
 - Tipo di impiego Coordinatore Lungodegenza,Medicina.PPIAmbulatori Ospedale Santa Sofia
- Principali mansioni e responsabilità Coordinamento di UNITA OPERATIVA
 - Date (da – a) dal 01/07/2019 ad oggi
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro Incarico di Funzione Coordinamento UO medicina Lungodegenza,Ambulatori,ppi Santa SOFIA
 - Tipo di azienda o settore Ospedaliero
 - Tipo di impiego Infermiera

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) 1998
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Diploma di Maturità “Dirigente di Comunità”
 - Qualifica conseguita
 - Date (da – a) 1983
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Diploma di insegnamento secondario tecnico (conseguito nel Gran Ducato del Lussemburgo)
 - Qualifica conseguita
 - Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Attestato di Case Managment
 - Qualifica conseguita
 - Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Master di I livello per le funzioni di Coordinamento nelle professioni sanitarie conseguito presso Università di Siena

- Qualifica conseguita

Master in Coordinamento delle Professioni sanitarie

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI
Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

Assicurare l'ottimizzazione allocativa delle risorse interne al dipartimento e ne Garantire il processo di gestione con particolare riferimento agli aspetti di programmazione, selezione, inserimento e valutazione, allocazione, sviluppo professionale, sistema premiante e produttività, mobilità in applicazione ai regolamenti aziendali;

- garantire un impiego appropriato (rispetto alle necessità assistenziali e tecniche nonché alle indicazioni normative in materia di idoneità lavorativa, di orario di lavoro con particolare riferimento alla L.161/2014 e applicazione degli istituti contrattuali), flessibile (rispetto ai progetti dipartimentali, alle esigenze organizzative, alle emergenze e ai volumi di attività) e puntuale delle risorse umane all'interno del dipartimento avvalendosi della collaborazione dei Responsabili Gestionali UU.OO./Servizi di ambito, elaborando proposte finalizzate alla razionalizzazione ed ottimizzazione nell'uso delle stesse.

PRIMA LINGUA
ALTRE LINGUE

Italiano
Francese tTedesco Lussemburghese Inglese

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

Buona
 Buona
 Buona

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE
Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

Buona conoscenza nell'utilizzo delle attrezzature informatiche e dei programmi informatici

ULTERIORI INFORMAZIONI
EVENTUALI ALLEGATI

1

Data _____

IL DICHIARANTE

 (leggibile e per esteso)