

CURRICULUM PROFESSIONALE

La sottoscritta MONACO CARMELA
(cognome) (nome)
nato a MARATEA Prov. POTENZA il 22 / 01 / 1970
residente a RAVENNA

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

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 MATURITA' CLASSICA	25/07/1989	LICEO CLASSICO "ALDO MORO" PRAIA A MARE (CS)
DIPLOMA DI INFERMIERE PROFESSIONALE	18/06/1996	AZIENDA SANITARIA U.S.L N. 3 LAGONEGRO(PZ) OSPEDALE DI MARATEA
MASTER 1 LIVELLO IN MANAGEMENT E FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	23/03/2022	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "UNITELMA SAPIENZA"

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):
OPI RAVENNA	3529	26/06/2006	RAVENNA
COLLEGGIO INFERMIERI PROFESSIONALI ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA	3010	24/07/1996	COSENZA

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 OSPEDALIERA "OSPEDALE SAN CARLO" POTENZA Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)	24/07/1998	23/01/1999	DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO Motivo:	INFERMIERE	TEMPO PIENO
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività 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:	NEUROLOGIA COMPETENZE INFERMIERISTICHE				

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

CURRICULUM PROFESSIONALE

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 SANITARI U.S.L. N.1 VIA ROMA,187-VENOSA (PZ)	25/05/1999	2/10/1999	DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO	INFERMIERA	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 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:	TERAPIA INTENSIVA E RIABILITAZIONE COMPETENZE INFERMIERISTICHE				

CURRICULUM PROFESSIONALE

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 ROMA B" VIA FILIPPO MEDA,35	01/02/2000	31/10/200	DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO	INFERMIERA	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 Incarichi di responsabilità ricoperti (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	NEUROCHIRURGIA CON TERAPIA INTENSIVA				

Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	COMPETENZE INFERMIERISTICHE
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

CURRICULUM PROFESSIONALE

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	AUSL ROMAGNA "OSPEDALE SANTA MARIA DELLE CROCI"	01/02/2005	ANCORA IN FORZA	DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO	INFERMIERE	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	MEDICINA, POST ACUTI, MALATTIE INFETTIVE, ATTUALMENTE AMBULATORIO DI PNEUMOLOGIA				
	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:	COMPETENZE INFERMIERISTICHE				

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

	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	S.R.L SERVIZI SANITARI C/O PERRONE ANTONIO LIQ.P.ZZA LIBERTA' 20 87030 RENDE	CASA DI CURA TRICARICO BELVEDERE MARITTIMO(CS)	11/03/2002	28/12/2004	DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO		
	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	MEDICINA					
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	COMPETENZE INFERMIERISTICHE					

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

)