

ALLEGATO B

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome **BRUNI LUIGINA**
 Luogo e data di nascita [REDACTED]
 Residenza [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED]
 Telefono fisso e cellulare [REDACTED]
 PEC / E-mail [REDACTED]

ESPERIENZA LAVORATIVA

Ente (indicare anche la sede con Indirizzo - Cap - Città)	Periodo		Qualifica/Profilo Professionale e tipologia di rapporto (tempo determinato/ indeterminato - tempo pieno/tempo parziale con indicazione delle ore prestate)	Con incarico di Funzione, Posizione Organizzativa o Coordinamento, in assenza di valutazione negativa	
	dal	ai		SI	NO
USL N.28 BOLOGNA NORD	27.07.1986	18.02.1988	INF. PROF. TEMPO PIENO INDETERMINATO	SI	X NO
USL 23 (ASL 13)	19.02.1988	17.07.1989	INF. PROF. TEMPO PIENO INDETERMINATO	SI	X NO
ASL 13	18.07.1989	31.12.2001	INF.COORDINATRICE	X SI	NO //
AREA VASTA 4	01.01.2012	TUTT'OGGI	INF.COORDINATRICE	X SI	NO //
				//SI	NO //
				//SI	NO //
				//SI	NO //
				//SI	NO //
				//SI	NO //

TITOLI DI STUDIO, ACCADEMICI, ABILITAZIONI:

TIPOLOGIA E TITOLO	CONSEGUITO PRESSO (Indicare Istituto e Sede)	ANNO (scolastico / accademico)
X AFD ABILITAZIONE A FUNZIONI DIRETTIVE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	UNITA' LOCALE SOCIO -SANITARIA L'AQUILA	87/88
X DIPLOMA UNIVERSITARIO DIREGENTE E DOCENTE SI SCIENZE INFERMIERISTICHE	UNIVERSITA' DEGLI STUDI L'AQUILA	1992

TIPOLOGIA E TITOLO	CONSEGUITO PRESSO (indicare Istituto e Sede)	ANNO (scolastico / accademico)
<input type="checkbox"/> Diploma di specializzazione post laurea in _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Master Universitari II livello in _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Master Universitari I livello in _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Abilitazione professionale _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

PUBBLICAZIONI

TITOLO	PUBBLICATA (indicare dove è stata pubblicata)	N° E DATA DI PUBBLICAZIONE

CORSI DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO:

TITOLO DEL CORSO ATTIVITA' DOCENZA	ENTE GESTORE DEL CORSO E SEDE	DATA O PERIODO	N. ORE
IGIENE	REGIONE MARCHE SEZ.DISTACCATA AMANDOLA	DAL 01.02.1993 ALL'26.04.1993 DAL 30.04.1996 AL28.09.1996 DAL 24.01.1997 AL 26.05.1997 DAL 26.02.2004 AL 05.10.2004	120
CORSO PER ADDETTI ALL'ASSISTENZA FAMILIARE	PROVINCIA SCOLI PICENO CENTRO LOCALE DI	DAL 26.07.2004 AL 13.08.2004	18

FORMAZIONE AMANDOLA			
TITOLO DEL CORSO	ENTE GESTORE DEL CORSO E SEDE	DATA O PERIODO	N. ORE
PBLS-D	FAD	DAL 01.06.2015 AL 31.05.2016	
BATTI IL 5 LA BUONA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI	FAD	DAL 01.03.2015 AL 29.02.2016	
COLLABORAZIONE E GESTIONE DELLE CONFLITTUALITA'	ASUR MARCHE FERMO	DAL 16.11.2015 AL 18.11.2015	16
APPROCCIO ALLE MALATTIE RARE	FAD	DAL 01.10.2014 AL 30.09.2015	
GENETICA MEDICA GENERALE	FAD	DAL 27.02.2014 AL 26.02.2015	
OSPEDIALE	ASUR MARCHE MONTEGIORGIO	20.12.2016	4
DISTURBI COGNITIVI E DEMENTE	ASUR MARCHE MONTEGRANARO	15.12.2016	4
LA FORMAZIONE ALLA SICUREZZA SUL LAVORO DEL PREPOSTO	ASUR MARCHE FERMO	17.05.2017	8
INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVO- ASSISTENZIALE MEDICINA AMANDOLA/PRESIDIOO FERMO	ASUR MARCHE FERMO	19.04.2017	15
CORSO DI FORMAZIONE PER LA QUALIFICA DEL PERSONALE ADDETTO ALLA RACCOLTA DI SANGUE E EMODERIVATI	ASUR MARCHE OSPEDALI RIUNITI	09-10;16-17-18-19- 20/10/2017	48
STOMIE INTESTINALI GESTIONE DEL PAZIENTE	FAD	11.10.2017	
DONAZIONE OMOLOGA ALLA LUCE DELLE D.M.2015 LINEE GUIDA E STANDARD	ASUR MARCHE FERMO	18.05.2018	15
LA PERDITA E IL LUTTO	ASUR MARCHE FERMO	19.10.2018	4
LA PREVENZIONE VACCINALE NEGLI OPERATORI SANITARI	ASUR MARCHE PORTO SAN GIORGIO	04.03.2019	4
PROTEGGERE DALL'INFLUENZA CON IL VACCINO	FAD	DAL 30.07.2019 AL 20.12.2019	30
STRUMENTI OPERATIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	ASUR MARCHE FERMO	24.10.2019	12
PREVENIRE RICONOSCERE E DISINNECARE L'AGGRESSIVITA'	FAD COLLEGIO INFERMIERI DI FERMO	05.04.2020	
CAMPAGNA VACCINALE COVID19	FAD	DAL 23.12.2020 AL 15.04.2021	
COMPROMISSIONE RESPIRATORIE E CARDIOVASCOLARI NEL COVID19	FAD	11.03.2019	

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra eventuale informazione ritenuta pertinente]

ALLEGATI

- 1) SCHEMA DI DOMANDA DI INCARICO DI FUNZIONE DI TIPO A 2
- 2) CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE
- 3) DOCUMENTO DI IDENTITA'

Il/la sottoscritto/a, avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale e delle pene conseguenti richiamata dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atto falso, autorizza la raccolta dei dati per la partecipazione all'avviso di mobilità interna per il personale del comparto, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e, sotto la propria personale responsabilità, dichiara e autocertifica che quanto riportato nel presente curriculum formativo e professionale corrisponde a verità e di aver effettivamente conseguito i titoli, partecipato alle attività di formazione e aggiornamento e espletato le attività lavorative e professionali ivi descritte.

Data 01.09.2021

Firma¹ _____

Firma per esteso e leggibile.