

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

in allegato alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi libero professionali a laureati in medicina e chirurgia per le esigenze delle UU.OO.CC. DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA degli stabilimenti ospedalieri di Ascoli Piceno e San Benedetto Del Tronto - con scadenza _____.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000

La sottoscritta ANGELINI VALENTINA

(cognome) (nome)

nato a ASCOLI PICENO il 29/03/1991

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.

INFORMAZIONI PERSONALI	
Nome [Cognome, Nome]	ANGELINI VALENTINA
Indirizzo [Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese]	VIA FAIANO n° 68 ; 63100 ; ASCOLI PICENO (AP)
Telefono	327-6608136
Fax	
E-mail	valentinaangelini29@gmail.com
Nazionalità	ITALIANA
Data di nascita [Giorno, mese, anno]	29 MARZO 1991

ESPERIENZE LAVORATIVE	[elencare separatamente ciascuna attività svolta]
• Date: da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa)	dal 1/01/18 al 30/06/18
• Nome e indirizzo dell'azienda/ente	ASUR MARCHE, AVS, Ascoli Piceno San Benedetto del T.
• Qualifica/profilo professionale	Medico di continuità assistenziale
• Tipo di rapporto di lavoro (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con indicato impegno orario settimanale)	Incarico a tempo determinato. libero professionista
• Aspettative senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità	
• Ambito di attività	Medicina sul territorio

<ul style="list-style-type: none"> • Principali mansioni e responsabilità 	Medico di continuità assistenziale
<ul style="list-style-type: none"> • Capacità e competenze acquisite 	Gestione delle emergenze/urgenze in ambito territoriale ed ambulatoriale

ISTRUZIONE E FORMAZIONE	
<ul style="list-style-type: none"> • Titolo di studio (lauree, specializzazioni) <i>[elencare separatamente ciascun titolo]</i> 	LAUREA MAGISTRALE in MEDICINA e CHIRURGIA
Conseguito presso:	Univ. degli Studi G. D'ANNUNZIO CH-PE
Data conseguimento (gg/mm/aa)	20/07/2016
durata legale percorso di studio	6 anni
<ul style="list-style-type: none"> • Corsi universitari <i>[elencare separatamente ciascun corso] (dottorati, master, corsi di perfezionamento)</i> 	
Conseguito presso:	
• Data conseguimento (gg/mm/aa)	
• durata legale corso	
<ul style="list-style-type: none"> • Attività formative (frequenze, corsi di formazione, stage, borse di studio ecc) <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> 	
<ul style="list-style-type: none"> • Attività di aggiornamento (partecipazione a corsi di aggiornamento, ecc...) <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> 	
<ul style="list-style-type: none"> • Altre esperienze <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> 	

ULTERIORI INFORMAZIONI	
<ul style="list-style-type: none"> • Lingue Straniere <i>[Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza]</i> 	Lingua inglese (livello B2)

Capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali

[Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].

Altre Capacità e competenze

[Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].

Eventuali Allegati

Data 10/05/2018

IL DICHIARANTE

Diughehvi Valentina

(leggibile e per esteso oppure firma digitale

certificata)

Allega fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

(segue)