

CARLOTTA CITATI



ESPERIENZA

1° APRILE 2020 – IN CORSO

CONTRATTO LIBERO PROFESSIONISTA, MALATTIE INFETTIVE OSPEDALE CASTELLI, VERBANIA

Incarico temporaneo per emergenza COVID presso il reparto di Malattie Infettive e Tropicali, diretto dal Dott. Mondino. Presso tale reparto ho lavorato 38 ore settimanali per cinque mesi. Nei primi due mi sono occupata principalmente di pazienti COVID: ho dunque imparato la gestione terapeutica e mi sono approcciata con diversi sistemi di ventilazione a pressione positiva (Caschi da C-PAP, maschere di Boussignac). Nei mesi successivi mi sono occupata delle principali patologie infettive (sepsi, IVU, meningiti, HIV, polmoniti) e della corretta gestione della terapia antibiotica in ambito ospedaliero. Ho imparato a relazionarmi con un team composto da medici ed infermieri oltre che con i protocolli ospedalieri di gestione del paziente.

NOVEMBRE 2019 – FEBBRAIO 2020

TIROCINIO ABILITANTE, A. O. U. MAGGIORE DELLA CARITÀ, NOVARA

NOVEMBRE 2019-DICEMBRE 2019 ho frequentato l'ambulatorio del Dott. Vicario Adriano (S.Maurizio D'Opaglio) imparando a gestire le patologie acute e croniche dei pazienti in cura, ad elaborare piani terapeutici, a compilare le ricette del SSN e ad interfacciarmi con il programma di gestione dei pazienti (prescrizioni, certificati...)

DICEMBRE 2019-GENNAIO 2020 ho frequentato il reparto di Ortopedia e Traumatologia. Ho assistito a numerosi interventi e visite ambulatoriali oltre che al giro visite. Ho imparato a lavorare in un team assistendo a tutte le riunioni mattutine del reparto.

GENNAIO 2020-FEBBRAIO 2020 ho frequentato il Pronto Soccorso. Ho imparato a gestire diagnosi e terapia delle principali patologie urgenti, oltre che ad occuparmi di più pazienti contemporaneamente.

2013 – IN CORSO

VOLONTARIO, CROCE ROSSA ITALIANA, BORGOMANERO

Sono volontaria della Croce Rossa di Borgomanero da 6 anni. Ho sempre seguito con interesse l'attività di trasporto infermi, MSB e MSA.

Ho partecipato nel 2017 ai campionati di primo soccorso, qualificandomi con la mia squadra al secondo posto in Italia.

ISTRUZIONE

2013-2019

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Laurea conseguita il 25/10/2019 con votazione di 110/110.

Durante la mia esperienza universitaria ho frequentato per due anni il reparto di anestesia e rianimazione, dove ho imparato le basi dell'anestesia (induzione, mantenimento, risveglio), le basi dell'utilizzo del ventilatore, ho intubato alcuni pazienti e ho imparato a svolgere alcune procedure di base (accesso venoso, EGA...).

Presso questo reparto ho svolto la mia tesi inerente la gestione anestesiológica delle fratture del femore prossimale.

Al 3° anno tramite il progetto FREEMOVER ho frequentato il reparto di chirurgia del principale ospedale di Sofia (Bulgaria), dove ho imparato le tecniche di base della disinfezione delle ferite e della sutura. Ho imparato ad effettuare il lavaggio chirurgico e ho preso parte come secondo operatore ad alcuni interventi. (Soprattutto drenaggio di ascessi e plastica di ernie inguinali).

Ho trascorso il 5° anno in ERASMUS a Tenerife, presso l'HUC. Qui ho potuto imparare lo spagnolo e a relazionarmi quotidianamente con persone di lingua e cultura differente dalla mia.

2008-2013

MATURITÀ SCIENTIFICA, LICEO SCIENTIFICO G. GALILEI BORGOMANERO

Maturità scientifica conseguita a luglio 2013.

COMPETENZE

- Inglese: livello C1
- Francese: B1
- Spagnolo: B2
- Tedesco: A2

SOC GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE

Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)
Sede Operativa Omegna : Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail :osru@aslvco.it
SOS Formazione Tel. 0323/868394 gpcif@aslvco.it
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail :previdenza@aslvco.it
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail:stipendi@aslvco.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 4 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 2 D.P.R. 20.10.98 n. 403)

Il/La sottoscritto/a CARLOTTA CITATI
Nato/a a _____ il _____
E residente in _____ (Prov.) _____
Via _____ n. _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

DICHIARA

di non avere intrattenuto negli ultimi 3 anni altri rapporti di lavoro dipendente o collaborazioni a vario titolo con soggetti privati in qualunque modo retribuiti – Art.6 Codice di Comportamento

OVVERO

di non appartenere ad Organizzazioni o Associazioni i cui interessi possano interferire con l'attività di servizio – Art.5 Codice di Comportamento

OVVERO

di non avere altri rapporti di lavoro dipendente pubblici o di rapporti convenzionali con il SSN

OVVERO

di essere nel rapporto di: _____

di avere i seguenti rapporti convenzionali con il S.S.N.: _____

di non essere mai stato dispensato o destituito da impieghi presso pubbliche amministrazioni

di non essere titolare di alcun tipo di pensione

OVERO

di essere titolare della seguente pensione :
.....

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.

OVERO

.....
.....

SOLO PER DIRIGENZA CON INCARICHI DI FUNZIONI DIRIGENZIALI DI SOC O SOS INDIPENDENTI O DIPARTIMENTALI

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 del D.Lgs.165/2001 e s.m.i., alla Legge 662/96, all'art. 72 Legge 448/98 ed artt.3 -7-9-12 del D.Leg.vo 39/2013

OVERO

di non avere situazioni di conflitto di interessi – Art. 6 e Art.13 comma 3 Codice di Comportamento

OVERO

di non avere parenti o affini entro il 3° grado, coniuge o convivente con attività politico economica o professionale con possibile connessione o coinvolgimento nell'attività inerente l'ufficio – Art.13 comma 3 Codice di Comportamento

OVVERO

- di non aver riportato condanne penali e di non essere sottoposto a giudizio per i reati di cui al titolo II Capo I del Codice Penale:**

OVVERO

N.B. Barrare le voci che interessano e completare con le dichiarazioni richieste

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del d.p.r. 20/10/1998 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dati personali") risulta informato delle seguenti circostanze (1) che il titolare del trattamento è l'ASL V.C.O., i cui riferimenti di contatto sono indicati nell' intestazione di questo documento; (2) che il titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo dpo@asvco.it; (3) che il trattamento dei propri dati è effettuato per finalità di selezione del personale e formazione sulla base del proprio consenso espresso (art. 6.1.a del GDPR), (4) che l'informativa completa è disponibile sul sito www.aslvco.it.

Il sottoscritto concede il proprio consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto

Omegna 

IL DICHIARANTE



La suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal _____ Sig. _____

CARLOTTA GIACCI in data 31/03/2020

L'IMPIEGATO ADDETTO



SOC GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE

Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)
Sede Operativa Omegna : Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail :osru@aslvco.it
SOS Formazione Tel. 0323/868394 gpcif@aslvco.it
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail :previdenza@aslvco.it
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail:stipendi@aslvco.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 2 Legge 04.01.1968, n. 15 e art. 1 D.P.R. 20.10.98 n. 403)

Il/La sottoscritto/a CARLOTTA CITATI
Nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

DICHIARA

- 1 - Di essere nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]
- 2 - Di essere residente in [REDACTED] cap [REDACTED]
Via [REDACTED] n. [REDACTED]
con domicilio in [REDACTED]
- 3 - Di essere in possesso del seguente codice fiscale [REDACTED]
- 4 - Di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di [REDACTED]

per i residenti all'estero: se nati in Italia indicare il Comune di nascita; se nati all'estero precisare a quale titolo siano cittadini italiani

- 5 - Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di [REDACTED]
- 6 - Di essere di stato civile [REDACTED]
- 7 - Di essere nella seguente posizione nel riguardo degli obblighi militari [REDACTED]
- 8 - di non avere riportato condanne penali NON AVERE
avere
- 9 - di essere in possesso del seguente titolo di studio LAUREA A CICLO UNICO IN
indicare denominazione, sede ed anno di conseguimento titolo
MEDICINA e CHIRURGIA
UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE, 2019

10 - di essere in possesso del seguente titolo professionale MEDICO CHIRURGO
ALBO DEI MEDICI DI NOVARA, 2020
indicare denominazione, sede e anno conseguimento

11 - di essere in possesso della specializzazione in
indicare denominazione, sede e anno conseguimento

12 - di essere abilitato all'esercizio della professione ALBO DEI MEDICI DI NOVARA, 2020
indicare sede e anno conseguimento

13 - di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di NOVARA
al n. 06649 dal 24/03/2020

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del d.p.r. 20/10/1998 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento europeo 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dati personali") risulta informato delle seguenti circostanze (1) che il titolare del trattamento è l'ASL V.C.O., i cui riferimenti di contatto sono indicati nell' intestazione di questo documento; (2) che il titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, contattabile all'indirizzo dpo@asvco.it; (3) che il trattamento dei propri dati è effettuato per finalità di selezione del personale e formazione sulla base del proprio consenso espresso (art. 6.1.a del GDPR), (4) che l'informativa completa è disponibile sul sito www.aslvco.it.

Il sottoscritto concede il proprio consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto

Omegna, [firma]

IL DICHIARANTE

[firma]