

CURRICULUM VITAE EURO PASS



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **FERRARO CHIARA**
Indirizzo [REDACTED]
Telefono [REDACTED]
E-mail [REDACTED]

Nazionalità [REDACTED]
Data di nascita [REDACTED]

ESPERIENZE LAVORATIVE

- Date (da – a) Dal 20-09-2016 al 7-01-2019
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Innova clinique Domodossola
- Tipo di azienda o settore Clinica dentale, poliambulatorio e sala operatoria.
- Tipo di impiego Infermiera, assistente di studio di medicina estetica e infermiera di sala operatoria.
- Principali mansioni e responsabilità Assistenza e gestione sala operatoria in collaborazione con il Chirurgo Dr. BORILO Piero durante interventi chirurgici effettuati in day surgery come otoplastica, mastoplastica additiva e riduttiva, miniaddominoplastica, blefaroplastica superiore e inferiore, liposuzione, lipofilling, assistente al chirurgo durante piccoli interventi ambulatoriali come rimozione cisti, lipomi, nevi, cheratosi ecc., esecuzione di trattamenti medico estetici (laser diodo, laser Erbium, luce pulsata) con tecnologie della Biotec italia; esecuzione ossigeno-ozono terapia (GAET)

- Date (da – a) Dal 20-09-2016 al 20-11-2016
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Teorema di Cureggio (NO)
- Tipo di azienda o settore Poliambulatorio polispecialistico – medicina sportiva e medicina del lavoro
- Tipo di impiego Infermiera
- Principali mansioni e responsabilità Assistenza infermieristica medicina del lavoro (prelievi, ecg, spirometrie, alcol test) assistente di medicina dello sport (raccolta anamnestica, ecg sotto sforzo).

- Date (da – a) Dal 01-05-2013 al 10-01-2016
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Novessentia medical spa
- Tipo di azienda o settore Poliambulatorio polispecialistico – medicina estetica
- Tipo di impiego Infermiera, assistente alla poltrona
- Principali mansioni e responsabilità Assistenza infermieristica di base (prelievi, ecg, somministrazione terapia infusiva omeopatica e tradizionale), assistente di medicina estetica, chirurgia estetica (liposuzione e blefaroplastica), assistente all'otorinolaringoiatra, assistente alla poltrona, assistenza durante trattamenti chirurgici di implantologia, trattamenti chirurgici parodontali, predisposizione dello strumentario su indicazione del Chirurgo, assistente al medico estetico durante filler, PRP, peeling medico; esecuzione di trattamenti medico estetici (laser antiaging, luce pulsata medicale, radiofrequenza medicale), esecuzione di idrocolon terapia e ossigeno-ozono terapia (GAET)

- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 02-04-2012 al 30-04-2012
- Ospedale Castelli Verbania
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Asl VCO
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base
- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 02-03-2012 al 30-03-2012
- Ospedale Castelli Verbania
Reperto di Medicina, Asl VCO
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base
- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 05-10-2011 al 18-11-2011
- Ospedale Castelli Verbania
Dipartimento di Emergenza e Accettazione Asl VCO
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base
- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 05-05-2011 al 10-06-2011
- Ospedali Castelli Verbania
Reperto di Pediatria Asl VCO
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base
- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 07-01-2011 al 31-01-2011
- Massimo Lagostina Omegna
Residenza
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base
- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 26-11-2010 al 22-12-2010
- Ospedale San Biagio Domodossola
Reperto Rianimazione
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base
- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 31-05-2010 al 25-06-2010
- Centro Ortopedico di Quadrante Omegna
Reperto Ortopedia
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base
- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 28-04-2010 al 28-05-2010
- Ospedale Castelli Verbania
Reperto di Oncologia
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base
- Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
- Dal 14-12-2009 al 29-01-2010
- Istituto Sacra Famiglia
ISF riabilitazione
Tirocinante infermiera
Assistenza infermieristica di base

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Data
Maggio 2016
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
Istituto di Alta Formazione - via G. Baglivi 6, Roma
- Qualifica conseguita
ASSISTENTE DI STUDIO DI MEDICINA ESTETICA

- Data
Novembre 2012
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
Università del Piemonte orientale Amedeo Avogadro Novara, sede formativa di Verbania
- Qualifica conseguita
DOTTORESSA IN INFERMIERISTICA
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)
Laurea di primo livello conseguita con votazione 98/110

- Data
Luglio 2009
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
Istituto L. Franzosini (istituto professionale) Verbania
- Qualifica conseguita
TECNICO DELLA GESTIONE AZIENDALE INDIRIZZO INFORMATICO
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)
Votazione 76/100

- Data
Maggio 2009
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
Vco formazione (centro di formazione professionale) Verbania
- Qualifica conseguita
QUALIFICA OPERATORE IMPORT - EXPORT

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

MADRELINGUA ALTRE LINGUE

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

ITALIANA
INGLESE

Buono
Buono
Buono

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

Buona capacità di relazionarmi e confrontarmi con colleghi, medici e pazienti. Nella mia ultima esperienza lavorativa in stretta collaborazione con il Chirurgo, ho potuto ampliare la mia tolleranza allo stress sia fisico che mentale e maturare ulteriori capacità relazionali stando costantemente a contatto con diverse tipologie di pazienti.

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

Buone capacità di lavorare sia in equipe multidisciplinare che in autonomia; tenacia nel voler raggiungere gli obiettivi prefissati in modo tale da garantire la soddisfazione del paziente e del personale.

Nel mio ultimo impiego, ho avuto la possibilità di sviluppare una buona capacità organizzativa attraverso la gestione delle agende operatorie e organizzazione di sala.

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

Uso abituale del computer, di internet e della posta elettronica. Buona conoscenza del sistema operativo Windows e dei programmi world, excel, powerpoint.

PATENTE O PATENTI

Patente B – automunita

La sottoscritta autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla legge 675/96 del 31 dicembre 1996.



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@asivco.it
SOS Formazione Tel. 0323/868394 gpcif@asivco.it
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541439-411 Fax 0323 541415 e-mail :previdenza@asivco.it
Sede Operativa Domodossola Tel 0323 491430 Fax 0323 491260 e-mail:stipendi@asivco.it

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

La sottoscritt/a FERRARO CHIARA
Nata/a a _____

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 ARONA il 27-03-1990

2 - Di essere residente in _____ cap _____

Via _____ n. _____

con domicilio in _____

3 - Di essere in possesso del seguente codice fiscale _____

4 - Di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di _____

_____ 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 _____

6 - Di essere di stato civile _____

7 - Di essere nella seguente posizione nel riguardo degli obblighi militari _____

8 - di non avere riportato condanne penali _____

9 - di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
Indicare denominazione, sede ed anno di conseguimento titolo

LAUREA DI I° LIVELLO IN INTERPRETATIONE
23-11-2012

10 - di essere in possesso del seguente titolo professionale
indicare denominazione, sede e anno conseguimento

INFERMIERA - LAUREATA NEL 2012
A VERBANIA

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

12 - di essere abilitato all'esercizio della professione
indicare sede e anno conseguimento

13 - di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di
al n. 5341 dal 23-01-2013

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 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

SOC GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI

Sede legale :Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Sede Operativa Omegna : Tel 0323 868370 Fax 0323 868371 e-mail :osru@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)

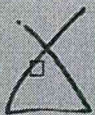
Il/La sottoscritto/a FERRARO CHIARA
Nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]
E residente in [REDACTED] (Prov.) [REDACTED]
Via [REDACTED] n. [REDACTED]

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 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

OVVERO

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.

OVVERO

PERIODO DI PROVA PER PERSONALE DELLA DIRIGENZA :

Ai sensi dell'art. 12 – comma 12- CCNL 19/12/2019 - il sottoscritto dichiara che il presente rapporto di lavoro non è soggetto al periodo di prova in quanto :

- ha già precedentemente superato il periodo di prova in rapporti di lavoro subordinato, anche a tempo determinato di durata superiore a 12 mesi, nei medesimi ruolo, qualifica e disciplina nelle seguenti Aziende, Enti o Istituti del comparto Sanità:
- ha svolto rapporti di lavoro subordinato in termini pari o superiori a 12 mesi, nei medesimi ruolo, qualifica e disciplina di Aziende, Enti o Istituti del comparto Sanità

Periodo : dal _____ al _____
Qualifica : Dirigente _____ Disciplina : _____
 Tempo determinato Tempo indeterminato
Presso : _____

Periodo : dal _____ al _____
Qualifica : Dirigente _____ Disciplina : _____
 Tempo determinato Tempo indeterminato
Presso : _____

Periodo : dal _____ al _____
Qualifica : Dirigente _____ Disciplina : _____
 Tempo determinato Tempo indeterminato
Presso : _____