

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **SGRÒ CATERINA**
Indirizzo [REDACTED]
Telefono [REDACTED] [REDACTED]
Fax
E-mail [REDACTED]

Nazionalità Italiana
Data di nascita [REDACTED]

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da - a)

- DA APRILE 2012 A OGGI** STO PRESTANDO SERVIZIO PRESSO RSA "DONAT CATTIN" BACENO (VB) COME INFERMIERA PROFESSIONALE INIZIALMENTE COME LIBERA PROFESSIONE IN SEGUITO CON ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO IN QUALITÀ REFERENTE INFERMIERISTICA.
- DA LUGLIO 2010** SONO STATA ASSUNTA PRESSO STRUTTURA PRIVATA IN PROVINCIA DI VERBANIA IN QUALITÀ DI INFERMIERA PROFESSIONALE UNICA ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA CON MANSIONI DI COORDINATRICE DEL PERSONALE E ADDETTA ALLE PUBBLICHE RELAZIONI CON I PARENTI DEGLI OSPITI.
DOVE HO PRESTATO LA MIA OPERA FINO A OTTOBRE 2011.
- DA MARZO 2009** HO LAVORATO PRESSO RSA "DONAT CATTIN" DI BACENO, DOVE HO SVOLTO INIZIALMENTE ATTIVITÀ COME INFERMIERA PROFESSIONALE E IN SEGUITO COME COORDINATRICE INFERMIERISTICA IMPEGNANDOMI AL MASSIMO E DIMOSTRANDO A PIENO LE MIE CAPACITÀ DI SERIA PROFESSIONISTA.
DOVE PRESENTO LE MIE DIMISSIONI NEL LUGLIO 2011 PER MOTIVI PERSONALI.
- DA DICEMBRE 2008** PRESSO CASA DI RIPOSO MATILDE CERETTI VILLADOSSOLA COME PRESTAZIONE D'OPERA MOMENTANEA FINO A MARZO 2009.
- DA NOVEMBRE 2001** PER SETTE ANNI PRESSO LA CASA DI RIPOSO DI VARZO (VB) FINO A NOVEMBRE 2008 SVOLGENDO ATTIVITÀ COME UNICA INFERMIERA PROFESSIONALE DELLA STRUTTURA. PER MOTIVI LEGATI AGLI ORARI INCOMPATIBILI CON LE ALTRE MIE ATTIVITÀ DA LIBERA PROFESSIONE DECIDO DI DIMETTERMI VOLONTARIAMENTE MANTENENDO CON IL PERSONALE E LA DIRETTRICE DI STRUTTURA OTTIMI RAPPORTI A TUTT'OGGI.
- DA GENNAIO 1995 A GENNAIO 1996** OPERATORE PROFESSIONALE COLLABORATORE INFERMIERE PROFESSIONALE A TEMPO INDETERMINATO (PRESSO ASL 14 DI OMEGNA) IN REPARTO DI MEDICINA GENERALE.
- DA GIUGNO 1996** CESSAZIONE VOLONTARIA DAL SERVIZIO PER RECESSO VOLONTARIO A SEGUITO DI PROBLEMI.
- DA DICEMBRE 1991 A DICEMBRE 1994** OPERATORE PROFESSIONALE COLLABORATORE INFERMIERE PROFESSIONALE DI RUOLO (PRESSO REPARTO PEDIATRIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE).
- DA APRILE 1991 A AGOSTO 1991** OPERATORE PROFESSIONALE COLLABORATORE INFERMIERE PROFESSIONALE SUPPLENTE.

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

ITALIANA

ALTRE LINGUA

FRANCESE INGLESE

BUONO

BUONO

SCOLASTICO

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

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

-PRATICAMENTE TUTTA LA MIA STORIA LAVORATIVA VERTE SULLA COMUNICAZIONE DEL LAVORO IN UN DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE PER CONTINUARE POI IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DOVE IL CONTATTO PIÙ CHE COI PICCOLI PAZIENTI ERA PARTICOLARMENTE DEDICATO CON I GENITORI.

CON I COLLEGGHI E COLLABORATORI HO AVUTO O PER LO MENO CERCATO DI INSTAURARE SEMPRE OTTIMI RAPPORTI...CREDO CHE SE SI LAVORA IN UN AMBIENTE SERENO IL RISULTATO È SICURAMENTE MAGGIORE.

MI PIACE MOLTO RELAZIONARE CON LA GENTE E LAVORANDO PRESSO CASE DI RIPOSO MI SONO ACCORTA DI AVERE LA DIALETTICA GIUSTA PER INFONDERE NEGLI OSPITI E NEI LORO PARENTI LA SICUREZZA CHE ENTRAMBI CERCANO.
CREDO CHE QUESTA SIA UNA MIA DOTE INNATA.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

-AVENDO SVOLTO PIÙ VOLTE ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO SIA IN STRUTTURE PUBBLICHE CHE PRIVATE PENSO DI AVERE BUONE CAPACITÀ IN QUESTO SENSO.

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

-HO BUONA MANUALITÀ NELL'UTILIZZO DI MACCHINARI SANITARI DI MIA COMPETENZA, CREDO DI SAPER UTILIZZARE IL PC A BUON LIVELLO.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

-BUONE CAPACITÀ ARTISTICHE SOPRATTUTTO MANUALI.

ALTRE CAPACITÀ E

COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

A-B

-DA FEBBRAIO 1989 CESSAZIONE DEL SERVIZIO PER DIMISSIONI VOLONTARIE PER MOTIVI DI FAMIGLIA.

-DA MAGGIO 1981 A FEBBRAIO 1989 COME OPERATORE PROFESSIONALE COLLABORATORE INFERMIERE PROFESSIONALE DI RUOLO. PRESSO DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE.

-DA DICEMBRE 1980 A APRILE 1981 COME OPERATORE PROFESSIONALE COLLABORATORE INFERMIERE PROFESSIONALE INCARICATA (PRESSO L'USSL N°56 DI DOMODOSSOLA) IN REPARTO DI MEDICINA GENERALE.

-DA AGOSTO 1980 A DICEMBRE 1980 COME OPERATORE PROFESSIONALE COLLABORATORE INFERMIERE PROFESSIONALE INCARICATA (PRESSO IL SOPPRESSO ENTE OSPEDALIERO S. BIAGIO DI DOMODOSSOLA).

-DIPLOMA DI INFERMIERA PROFESSIONALE CONSEGUITO IL 3 LUGLIO 1980 PRESSO LA SCUOLA INFERMIERI PROFESSIONALI DELL'OSPEDALE S. BIAGIO DI DOMODOSSOLA. INIZIO LA MIA ATTIVITÀ LAVORATIVA PRESSO LO STESSO OSPEDALE NELL'AGOSTO DELLO STESSO ANNO.

-AVENDO LAVORATO PER MOLTI ANNI AL DEA RITENGO DI AVER MATURATO UN ESPERIENZA MULTIDISCIPLINARE CHE MI HA POI PERMESSO DI SVOLGERE SENZA PARTICOLARI PROBLEMI LA MIA ATTIVITÀ ANCHE COME LIBERA PROFESSIONE A LIVELLO DOMICILIARE,OLTRE CHE IN STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE. GLI ANNI TRASCORSI NELLE STRUTTURE PER ANZIANI HANNO ACCRESCIUTO ULTERIORMENTE OLTRE CHE DA UN PUNTO DI VISTA PROFESSIONALE ANCHE UMANO. AMO IL MIO LAVORO IN TUTTE LE SUE SFACCETTATURE E CREDO CHE IN QUESTO CAMPO NON SI SIA ACQUISITO MAI ABBASTANZA SIA NELL'OFFRIRE CHE NEL RICEVERE.

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

-Dal 1980 al 1996 ospedale S. Biagio di Domodossola
 -Dal 2001 al 2008 Casa di Riposo di Varzo
 -Dal 2008 al 2009 Casa di Riposo Matilde Ceretti Villadossola
 -Dal 2009 al 2010 Rsa Donat Cattin Baceno (VB)
 -Dal 2010 al 2011 Residenza Arcobaleno Druogno

• Tipo di azienda o settore
 - • Tipo di impiego

-Dal 1980 al 1996 assunzione a tempo indeterminato
 -Dal 2001 a oggi lavoro come libera professione

• Principali mansioni e responsabilità

-Infermiera professionale con tutte le mansioni relative alla mia qualifica

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da - a)

-Corso RSPP dal 14 Novembre 2011 al 21 novembre 2011
 -Corso responsabile antincendio 5 Dicembre 2011

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

-Confartigianato FORM Novara VCO

• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

• Qualifica conseguita

-Responsabile prevenzione e protezione art.34 DL 81/2008 art.3 DM 16/1/1997

-Responsabile servizio antincendio

• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

SOC GESTIONE PERSONALE E FORMAZIONE

Sede legale :Via Mazzini, 117 - 28867 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 SGRO' CATERINA
Nato/a a _____ il _____

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 _____ il _____
- 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 ^{avere} riportato condanne penali _____
- 9 - di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
_____ indicare denominazione, sede ed anno di conseguimento titolo
DIPLOMA DI INF PROFESSIONALIS
CONSEGUITO C/O LA SCUOLA
INF PROFESSIONALIS DI DOMODOSSOLA
nel 1980.

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

INFERMERA PROFESSIONALE
3 Luglio (1980)

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

Domodossola
anno 1980

13 - di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di
al n. dal
NOVARA e VCO
3165 dal 10/10/2002

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
~~.....~~

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

SC RO' CATERINA

Nato/a a

[REDACTED]

i [REDACTED]

E residente in

[REDACTED]

(Prov.) [REDACTED]

Via

[REDACTED]

n. [REDACTED]

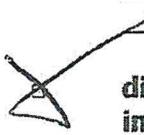
Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15

DICHIARA



di non avere intrattenuto negli ultimi 3 anni altri rapporti di lavoro dipendente 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: _____

PERIODO DI PROVA PER PERSONALE DEL COMPARTO :

Ai sensi dell'art. 25 del CCNL del personale del Comparto Sanità del 21/05/2018, 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, nella medesima categoria, profilo e disciplina, ove prevista

**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

OVVERO

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

OVVERO

- 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 avere i seguenti rapporti convenzionali con il S.S.N.: RAPPORTO DI
LIBERA PROFESSIONE

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 : _____



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

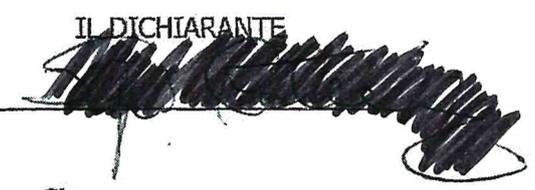
Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 11 del d.p.r. 20/10/1998 n. 403 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

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.asivco.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. _____

_____ in data _____

L'IMPIEGATO ADDETTO
