

**curriculum vitae**

Dr.ssa Ilaria Paterno

**Informazioni personali**

|           |                                                           |
|-----------|-----------------------------------------------------------|
| Nome      | <b>Ilaria Paterno</b>                                     |
| Indirizzo | <b>Via Pasubio 11, 60019, Senigallia (Ancona), Italia</b> |
| Telefono  | <b>+39 3296053375</b>                                     |
| E-mail    | ilaria.paterno12@gmail.com                                |
| PEC       | ilaria.paterno@pec.it                                     |

|             |          |
|-------------|----------|
| Nazionalità | Italiana |
|-------------|----------|

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Data e luogo di nascita | 12/06/1991, Chieti (CH) |
|-------------------------|-------------------------|

**Esperienza lavorativa**

|                             |                                                          |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------|
| • Date (da – a)             | <b><u>20 dicembre 2023 - ad oggi</u></b>                 |
| • Tipo di azienda o settore | U.O.C. di Nefrologia e Dialisi                           |
| • Tipo di impiego           | Dirigente Medico con contratto co.co.co.                 |
| • Date (da – a)             | <b><u>10 febbraio 2023 - 6 dicembre 2023</u></b>         |
| • Tipo di azienda o settore | U.O.C. di Medicina Interna dell'Ospedale di Senigallia   |
| • Tipo di impiego           | Medico in Formazione Specialistica                       |
| • Date (da – a)             | <b><u>Dicembre 2017 - Aprile 2022</u></b>                |
| • Tipo di azienda o settore | Clinica Medica degli Ospedali Riuniti di Torrette        |
| • Tipo di impiego           | Medico in Formazione Specialistica                       |
| • Date (da – a)             | <b><u>Marzo 2020 - Aprile 2020</u></b>                   |
| • Tipo di azienda o settore | Reparto COV4 Ospedali Riuniti di Torrette                |
| • Tipo di impiego           | Medico in Formazione Specialistica                       |
| • Date (da – a)             | <b><u>Maggio 2020 - Luglio 2020</u></b>                  |
| • Tipo di azienda o settore | Pronto Soccorso - OBI degli Ospedali Riuniti di Torrette |
| • Tipo di impiego           | Medico in Formazione Specialistica                       |

**Istruzione e formazione**

|                                                      |                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Date (da – a)                                      | <b><u>Dicembre 2017 - Dicembre 2023 (interruzione da marzo 2022 a febbraio 2023 per maternità)</u></b>                                                                    |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione | Università Politecnica delle Marche – Facoltà di Medicina e Chirurgia<br><b>Medico in Formazione Specialistica in Medicina Interna (5° anno) presso la Clinica Medica</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifica conseguita</li> <li>• Date (da – a)</li> <li>• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione</li> <li>• Qualifica conseguita</li> <li>• Date (da – a)</li> <li>• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione</li> <li>• Qualifica conseguita</li> </ul> | <p>Partecipazione alla gestione dei malati affetti da Malattie Immunomediate Sistemiche con particolare interesse per la Sclerosi Sistemica nell'ambito della Scleroderma Unit.<br/>Partecipazione alla compilazione di database dei pazienti affetti da Sclerosi Sistemica che afferiscono ai nostri ambulatori.<br/><b>Diploma di Specializzazione in Medicina Interna con la votazione 50/50 e lode.</b></p> <p><b><u>Settembre 2010 - Aprile 2017</u></b><br/>Università degli studi "Gabriele d'Annunzio"</p> <p><b>Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia con la votazione di 110/110 e lode.</b><br/><b>Titolo della Tesi: "Vertigine parossistica posizionale benigna e Vitamina D: esiste una associazione?"</b></p> <p><b><u>Settembre 2005 - Giugno 2010</u></b><br/>Liceo Scientifico "Filippo Masci" Chieti</p> <p><b>Diploma di maturità</b></p> |
| Corsi di formazione effettuati                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b><u>Giugno 2021</u></b><br/>Superamento della prova teorica del Corso Ecografia Bedside I livello SIMI.</p> <p><b><u>Aprile 2019– dicembre 2019</u></b><br/>"Scuola di Ecocardiografia per internisti" – FADOI MARCHE - Presidio ospedaliero di Osimo Ancona.<br/>Superamento della prova finale teorico-pratica.</p> <p><b><u>Maggio 2019</u></b><br/>Training Rodnan Skin Score<br/>Partecipazione al training e superamento della prova pratica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                          |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Capacità e competenze personali</b><br><i>Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.</i> |          |
| Madrelingua                                                                                                                                                              | Italiana |

|              |
|--------------|
| Altre lingue |
|--------------|

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
|                                 | <b>Inglese</b> |
| • Capacità di lettura           | B2 eccellente  |
| • Capacità di scrittura         | B2 eccellente  |
| • Capacità di espressione orale | B2 buona       |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Capacità e competenze tecniche</b><br><i>Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.</i> | Conoscenze Informatiche<br>Buona conoscenza dei seguenti ambienti e sistemi operativi:<br>- MS Windows<br>- Microsoft Office (Word, Excel, PPT, Access); |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |                                              |
|--|--|----------------------------------------------|
|  |  | - MedCalc.<br>- Internet (Explorer, Outlook) |
|--|--|----------------------------------------------|

|                   |  |   |
|-------------------|--|---|
| Patente o patenti |  | B |
|-------------------|--|---|

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto riportato nel presente documento corrisponde a stati o fatti risultanti da documenti in proprio possesso ovvero presso le Pubbliche Amministrazioni ivi indicate.

Data Senigallia, 18/06/2024

**FIRMA**

---