

**FORMATO
EUROPEO PER IL
CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome
Indirizzo Ufficio
Telefono Ufficio
Fax Ufficio

E-mail aziendale

Nazionalità

[FRANCESCHETTI, NATASCIA]
[1 via F. Kennedy, 61034, Fossombrone, PU, Italia]
0721721297

natascia.franceschetti@sanita.marche.it

Italiana

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da 25/03/2019 – a tutt'oggi)
Collaboratore Professionale Fisioterapista Cat.D presso ASUR Marche, AV1, c/o Ospedale di Comunità di Fossombrone 61034
Asur Marche, Area Vasta 1
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
ASUR Reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa
• Tipo di azienda o settore
Di ruolo a tempo indeterminato e tempo pieno 36 ore
• Tipo di impiego
Dal 16/03/2023 incarico di funzione A2_area delle professioni sanitarie, Riabilitazione presso l'ODC di Fossombrone
• Principali mansioni e responsabilità
- Date (da 23/02/2015 – a 24/03/2019)
Collaboratore Professionale Fisioterapista Cat.D presso ASUR Marche, AV1, c/o Ospedale di Cagli 61043
Asur Marche, Area Vasta 1
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
ASUR Reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa
• Tipo di azienda o settore
Di ruolo a tempo indeterminato e tempo pieno 36 ore
• Tipo di impiego
• Principali mansioni e responsabilità
- Date (da 01/02/2008 – a 22/02/2015)
Collaboratore Professionale Fisioterapista Cat.D presso ASUR Marche, AV1, c/o Ospedale di Pergola 61045
Asur Marche, Area Vasta 1
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
ASUR Reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa
• Tipo di azienda o settore
Di ruolo a tempo indeterminato e tempo pieno 36 ore
• Tipo di impiego
• Principali mansioni e responsabilità
- Date (da 05/11/2007 – a 31/01/2008)
Collaboratore Professionale Fisioterapista Cat.D presso ASUR Marche, AV1, c/o Ospedale di Pergola 61045
Asur Marche, Area Vasta 1
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
ASUR Reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa
• Tipo di azienda o settore
Tempo determinato a tempo pieno 36 ore
• Tipo di impiego

• Principali mansioni e responsabilità	
• Date (da 01/05/2006 – a 04/11/2007)	Fisioterapista presso Ospedale di Pergola 61045
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Cooperativa Labirinto 61122 via Milazzo Pesaro
• Tipo di azienda o settore • Tipo di impiego • Principali mansioni e responsabilità	Cooperativa Tempo indeterminato e tempo pieno 36ore
• Date (da 01/03/2006 – a 30/04/2006)	Fisioterapista presso Ospedale di Fano 61032
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Cooperativa Labirinto 61122 via Milazzo Pesaro
• Tipo di azienda o settore • Tipo di impiego • Principali mansioni e responsabilità	Cooperativa Tempo indeterminato part time 18 ore
• Date (da 01/09/2005 – a 28/02/2006)	Fisioterapista presso ADI Fano 61032
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Cooperativa Labirinto 61122 via Milazzo Pesaro
• Tipo di azienda o settore • Tipo di impiego • Principali mansioni e responsabilità	Cooperativa Tempo indeterminato e tempo pieno 36ore
• Date (da 01/07/2005 – a 31/08/2005)	Fisioterapista presso Ospedale di Urbino Z.T.2 Urbino 61029
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASUR Marche Z.T.2 Urbino
• Tipo di azienda o settore • Tipo di impiego • Principali mansioni e responsabilità	ASUR Reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa Tempo determinato part-time 18 ore
• Date (da 20/06/2005– a 31/08/2005)	Fisioterapista presso ADI Fano 61032
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Cooperativa Labirinto 61122 via Milazzo Pesaro
• Tipo di azienda o settore • Tipo di impiego • Principali mansioni e responsabilità	Cooperativa Tempo indeterminato e part-time 18 ore
• Date (da 02/05/2002 – a 20/06/2005)	Fisioterapista presso Ospedale di Pergola 61045
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Cooperativa Labirinto 61122 via Milazzo Pesaro
• Tipo di azienda o settore	Cooperativa
• Date (da 22/01/2001 – al 24/04/2002)	Collaboratore Professionale Fisioterapista
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	Istituti di Riabilitazione S.Stefano Macerata Feltria PU
• Tipo di azienda o settore	Privato convenzionato

- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

Di ruolo a tempo indeterminato e tempo pieno 36ore

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• A.A.2018/2019

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Corso di Perfezionamento in “Gestione dei pazienti con malattie neuromuscolari in età evolutiva e adulta”

Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona

Abilità tecniche professionali nella gestione di patologie neuromuscolari

Corso di Perfezionamento

• Date 10/03/2010

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Master Universitari I livello in Management Innovativo delle organizzazioni sanitarie. E-Government della sanità

Università degli Studi di Urbino “Carlo Bo” , Facoltà di Sociologia

Funzioni di coordinamento

Master di Primo livello

Master di primo livello

• 27/06/2007

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Laurea triennale in Fisioterapia Classe snt 2 delle lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione ex D.M.509/99

Università degli Studi “G. D’Annunzio” Chieti-Pescara

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Laurea di Primo Livello

Laurea di I Livello

• Date (201/11/2000)

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
 - Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Diploma Universitario in Fisioterapista con lode

Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona

Abilitazione all’esercizio della professione Fisioterapista

Fisioterapista

Diploma Universitario

• 1996

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Diploma di maturità scientifica

Istituto Tecnico Femminile Biologico Sanitario di Jesi (AN)

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Maturità scientifica

MADRELINGUA

ITALIANA

PATENTE O PATENTI

Patente B

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

[curriculum formativo ECM aggiornato al 03/09/2023]

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del D.Lgs n. 196/2000, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e comunque di tutti gli atti allo stesso connessi e conseguenti.

Data 04/09/2023

FIRMA _____