

ALLEGATO B
CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome e Nome **SUBISSI MARLENE**
 Luogo e data di nascita **[REDACTED]**
 Residenza **[REDACTED]**
 Domicilio **[REDACTED]**
 Telefono fisso e cellulare **[REDACTED]**
 PEC / E-mail **[REDACTED]**

ESPERIENZA LAVORATIVA

Ente (Indicare anche la sede con Indirizzo - Cap - Città)	Periodo		Qualifica/Profilo Professionale e tipologia di rapporto (tempo determinato/ indeterminato - tempo pieno/tempo parziale con Indicazione delle ore prestate)	Con incarico di Funzione, Posizione Organizzativa o Coordinamento, in assenza di valutazione negativa	
	dai	al			
ASUR MARCHE AREA VASTA N. 4 VIA ZEPELLI, 18 63900 FERMO	01/12/2015	OGGI	C.P.S. INFERMIERA TEMPO INDETERMINATO, TEMPO PIENO	☐ SI	☐ NO
ASUR MARCHE AREA VASTA N. 4 VIA ZEPELLI, 18 63900 FERMO	01/08/2015	30/11/2015	C.P.S. INFERMIERA TEMPO DETERMINATO, TEMPO PIENO	☐ SI	☐ NO
A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD VIALE TRIESTE 391 61121 PESARO	08/01/2014	31/07/2015	C.P.S. INFERMIERA TEMPO DETERMINATO, TEMPO PIENO	☐ SI	☐ NO
ASUR MARCHE AREA VASTA N. 4 VIA ZEPELLI, 18 63900 FERMO	01/06/2012	15/10/2013	C.P.S. INFERMIERA TEMPO DETERMINATO, TEMPO PIENO	☐ SI	☐ NO
ASUR MARCHE AREA VASTA N. 3 VIA BELVEDERE SANZIO, 1 62100 MACERATA	01/06/2011	30/11/2011	C.P.S. INFERMIERA TEMPO DETERMINATO, TEMPO PIENO	☐ SI	☐ NO
ASUR MARCHE AREA VASTA N. 4 VIA ZEPELLI, 18 63900 FERMO	01/07/2010	31/05/2011	C.P.S. INFERMIERA TEMPO DETERMINATO, TEMPO PIENO	☐ SI	☐ NO
CASA DI CURA E DI RICOVERO D. DIDARI VIA D. DIDARI, 23 63816 FRANCAVILLA D'ETE	01/02/2010	30/06/2010	C.P.S. INFERMIERA D2 TEMPO INDETERMINATO, TEMPO PIENO 38 ORE SETTIMANALI	☐ SI	☐ NO

TITOLI DI STUDIO, ACCADEMICI, ABILITAZIONI:

TIPOLOGIA E TITOLO	CONSEGUITO PRESSO (Indicare Istituto e Sede)	ANNO (scolastico / accademico)
☐ Laurea specialistica o laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche	Università degli studi Chieti Pescara "G. D'Annunzio"	2017/2018
☐ Ulteriore laurea specialistica o laurea magistrale o del vecchio ordinamento in		
☐ Laurea triennale in Infermieristica	Università degli studi di Perugia con sede didattica a Terni	2006/2009

☐ Ulteriore laurea triennale in _____	_____	_____
☐ Dottorato di ricerca _____	_____	_____

TIPOLOGIA E TITOLO	CONSEGUITO PRESSO (indicare Istituto e Sede)	ANNO (scolastico / accademico)
☐ Diploma di specializzazione post laurea in _____	_____	_____
☐ Master Universitari II livello in _____	_____	_____
☐ Master Universitari I livello in Management nelle organizzazioni sanitarie	Unipegaso, Napoli	2011/2012
☐ Abilitazione professionale _____	_____	_____
☐ _____	_____	_____
☐ _____	_____	_____

PUBBLICAZIONI:

TITOLO	PUBBLICATA (indicare dove è stata pubblicata)	N° E DATA DI PUBBLICAZIONE

CORSI DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO:

TITOLO DEL CORSO	ENTE GESTORE DEL CORSO E SEDE	DATA O PERIODO	N. ORE
La dieta chetogenica: definizione e applicazioni cliniche nel paziente con eccesso di peso	Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider standard Axento srl accreditamento standard n. 4946.	Dal 06/08/2021 al 06/08/2021	15
La simulazione in Infermieristica: introduzione ed elementi generali	Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zedig srl accreditamento standard n. 103.	Dal 31/07/2021 Al 31/07/2021	7
Gli effetti della legge 24/2017 sulla responsabilità professionale degli infermieri	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zedig srl accreditamento standard n. 103.	Dal 07/04/2020 Al 07/04/2020	3
COVID-19: guida pratica per operatori sanitari	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zedig srl accreditamento standard n. 103	Dal 07/04/2020 Al 07/04/2020	8
Prevenire, Riconoscere E Disinnescare L'Aggressività E La Violenza Contro Gli Operatori Della Salute	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zedig srl accreditamento standard n. 103	Dal 15/11/2019 Al 15/11/2019	

TITOLO DEL CORSO	ENTE GESTORE DEL CORSO E SEDE	DATA O PERIODO	N. ORE
L'infermiere e le cure palliative	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zadig srl accreditamento standard n. 103.	Dal 15/11/2019 Al 15/11/2019	
DISPOSITIVI PER TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA PER FERITE DIFFICILI	AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE	Dal 14/02/2018 Al 14/02/2018	4
MANUALE PER IL BUON USO DEGLI EMOCOMPONENTI DI PRONTO IMPIEGO - DIFFUSIONE	AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE	Dal 10/10/2017 Al 10/10/2017	4
LA TERAPIA ANTIBIOTICA NELLA PRATICA CLINICA	AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE	Dal 02/03/2017 Al 02/05/2017	5
La sedazione terminale palliativa: aspetti clinici ed etici	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zadig srl accreditamento standard n. 10	Dal 06/02/2016 Al 06/02/2016	
Gestione della mobilitazione del paziente in ospedale: problemi e soluzioni pratiche	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zadig srl accreditamento standard n. 103	Dal 21/02/2016 Al 21/02/2016	
PRIVACY, RISCHI DI INTERNET E RESPONSABILITÀ UTILIZZO SOCIAL NETWORK DURANTE IL SERVIZIO	AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE	Dal 31/05/2016 Al 31/05/2016	5
TRAINING BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION	AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE	Dal 05/05/2016 Al 05/05/2016	8
LE RESPONSABILITÀ DELL'OPERATORE SANITARIO: TIPOLOGIE E STRUMENTI DI TUTELA	AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE	Dal 29/04/2016 Al 29/04/2016	5
Gestione delle linee venose	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zadig srl accreditamento standard n. 103.	Dal 08/08/2015 Al 08/08/2015	
Gestione della BPCO	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zadig srl accreditamento standard	Dal 08/08/2015 Al 08/08/2015	
Gestione della chemioterapia	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zadig srl accreditamento standard n. 103	Dal 03/06/2015 Al 03/06/2015	
L'evidence based practice delle procedure infermieristiche	la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accreditato il Provider Zadig srl accreditamento standard n. 103	Dal 31/05/2015 Al 31/05/2015	

EROLA	Provider: FNOMLaO, codice provider 2603, in collaborazione con IPASVI Fermo	Dal 31/05/2015 Al 31/05/2015	
VIOLENZA CONTRO LE DONNE: UNA COSCIENZA DA COSTRUIRE	AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE	Dal 25/11/2015 Al 25/11/2015	4
LE STRUMENTAZIONI IN USO PER: TEST ALLA METACOLINA, PLETISMOGRAFO, EMOGASANALIZZATORE, VENTILATORE BILEVEL E CPAP	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	Dal 24/06/2014 Al 04/12/2014	10
GESTIONE E TRATTAMENTO DEL DOLORE IN OSPEDALE E SUL TERRITORIO: PRESENTAZIONE SCHEDA DI RILEVAMENTO DEL DOLORE	A.S.U.R. AREA VASTA N°4 SEDE DI FERMO	Dal 04/05/2011 Al 04/05/2011	3
ACCOGLIENZA E BENESSERE NELLA RELAZIONE IN AMBITO SANITARIO "PRESUPPOSTO ESSENZIALE DELLA SALUTO-GENESI PER L'OPERATORE E L'UTENTE"	A.S.U.R. AREA VASTA N°4 SEDE DI FERMO	Dal 15/04/2011 Al 05/05/2011	16
L'INSERIMENTO E LA GESTIONE DELLO STUDENTE INFERMIERE NELLE U.O.O.	A.S.U.R. AREA VASTA N°4 SEDE DI FERMO	Dal 12/04/2011 Al 12/04/2011	4
LESIONI DA DECUBITO: PREVENZIONE E TRATTAMENTO	A.S.U.R. AREA VASTA N°4 SEDE DI FERMO	Dal 07/04/2011 Al 07/04/2011	8

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra eventuale informazione ritenuta pertinente]

ALLEGATI

[Elencare gli eventuali allegati al CV.] **CARTA D'IDENTITA' IN COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE**

Il/la sottoscritto/a, avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale e delle pene conseguenti richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atto falso, autorizza la raccolta dei dati per la partecipazione all'avviso di mobilità interna per il personale del comparto, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e, sotto la propria personale responsabilità, dichiara e autocertifica che quanto riportato nel presente curriculum formativo e professionale corrisponde a verità o di aver effettivamente conseguito i titoli, partecipato alle attività di formazione e aggiornamento e espletato le attività lavorative e professionali ivi descritte.

Data 01/08/2024

Firma _____

Firma per controllo Legale _____