

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

LUCIA GATTI

Indirizzo

Telefono

Fax

E-mail

[REDACTED]

lu [REDACTED]

[REDACTED]

Nazionalità

Italiana

Data di nascita

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)

1. Incarico di Attività Territoriale Programmata, ex art. 37 A.I.R.
Attività di supporto U.O.S. Assistenza Primaria (dal 23 Settembre 2022 al 31 Marzo 2025)
2. Continuità Assistenziale (da Novembre 2021 a Marzo 2025)
3. Assistenza medica in numerose manifestazioni sportive (da Dicembre 2021 a Marzo 2025)

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

- AST Fermo Via Zeppilli 18
- Società sportive

• Tipo di azienda o settore

Sanitario

• Tipo di impiego

Medico

• Principali mansioni e responsabilità

- Attività di supporto alle U.O.S. assistenza territoriale, finalizzata alla organizzazione della continuità assistenziale, dei PAT e PPIT nel territorio A.S.T. di Fermo
- Attività di supporto alle U.O.S. assistenza territoriale, finalizzata a verifica e monitoraggio degli ambulatori di assistenza primaria attivi nel territorio A.S.T. di Fermo
- Attività di Medico di Continuità Assistenziale
- Medico sportivo

MADRELINGUA

ALTRE LINGUA

- 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.

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.

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ITALIANA

INGLESE

BUONO

BUONO

BUONO

Capacità comunicativa e relazionale maturata tramite lavoro di squadra in equipe medica e paramedica acquisita presso l'AST di Fermo e in poliambulatori specialistici

- Capacità di organizzare e gestire un poliambulatorio medico privato con cui ha maturato le capacità di gestione del sistema informatizzato e telefonico, prenotazioni, programmazione delle attività degli specialisti, gestione del personale, organizzazione della struttura, progettazione e razionalizzazione degli spazi, cura della sicurezza, implementazione dei risultati, gestione dei costi, progetti di sviluppo e analisi dei risultati
- Ottima capacità relazionale con pubblico, personale medico, collaboratori di studio e collaboratori scientifici, maturata in esperienza decennale di gestione del poliambulatorio
- Ottima propensione al sociale attraverso esperienza di volontariato in Croce Verde a Porto Sant'Elpidio
- Ottima conoscenza dei sistemi operativi Microsoft e macOS
- Ottima conoscenza dei principali software di videoscrittura (Office, Open Office etc.)
- Ottima conoscenza dei software Adobe PDF e utility Adobe
- Ottima conoscenza e abilità di utilizzo dei fogli di calcolo EXCEL
- Ottima conoscenza e abilità di utilizzo di PowerPoint
- Ottima conoscenza delle utility Google (Fogli, Drive etc.)
- Ottima implementazione dei suddetti software in medicina
- Capacità di arredo di interni ambulatoriali e spazi pubblici, maturata attraverso la gestione decennale del poliambulatorio

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA' (artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445) RESA AI SENSI DELL'ART. 15 co. 1 lett. c) del D. LGS. n. 33/2013
(barrare e compilare la voce che interessa)

Il/la sottoscritto/a LUCIA GATTI

Nato/a a [redacted] ([redacted]) il 2 [redacted]

residente a [redacted] in Via [redacted] prov. [redacted]

n. [redacted]

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti ed uso di atti falsi, consapevole altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo, emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera c) del D. Lgs. 33/2013 recante "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza":

(Svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione)

☒ di non svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione.

☐ di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

tipologia di incarico: _____

presso Ente: _____

periodo dell'incarico: _____ compenso: _____

(Titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione)

☒ di non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione.

☐ di avere la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione di seguito elencate:

carica: _____

presso Ente: _____

periodo dell'incarico: _____ compenso: _____

(Svolgimento di attività professionali)

☒ di non svolgere attività professionali.

☐ di svolgere la/e seguente/i attività professionale/i:

descrizione dell'attività: _____
