

FORMATO EUROPEO PER
IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **DELLI CICCHI GIULIA**

Indirizzo **N° 5 VIA PETROLIO, 03028, SAN GIOVANNI INCARICO (FR)**

Telefono **0776549513 - cell. 3490623922**

Fax

E-mail **dellicicchi.giulia@virgilio.it**

Nazionalità **Italiana**

Data di nascita **04/07/1988 FROSINONE**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da - a) Anno 2013-2014 il giorno 20 gennaio 2015 conseguimento Diploma di Master di I livello in "Assistenza Infermieristica in Area Pediatrica" presso Università "La Sapienza" di Roma con votazione 110/110 e lode.
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Anno 2011/2012 il giorno 6 novembre 2012. Laurea triennale in Infermieristica presso Università degli studi "La Sapienza" sede di Frosinone con votazione 98/110.
Anno 2006\2007 Diploma liceo socio psico-pedagogico "Michelangelo" Pontecorvo(FR) con votazione 76/100
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Anatomia, istologia infermieristica, altre materie di indirizzo. 2010 ore di tirocinio pratico presso ospedale di Frosinone.
- Qualifica conseguita Infermiera professionale
Regolarmente iscritta all' albo professionale presso collegio IPAVI sede di Frosinone
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) Laurea di primo livello.

| | |
|---|--|
| MADRELINGUA | ITALIANA |
| ALTRE LINGUA | INGLESE, FRANCESE |
| <ul style="list-style-type: none"> • Capacità di lettura • Capacità di scrittura • Capacità di espressione orale | FRANCESE BUONO, INGLESE ELEMENTARE FRANCESE BUONO, INGLESE ELEMENTARE ELEMENTARE PER ENTRAMBE LE LINGUE |
| <p>CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI</p> <p><i>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.</i></p> | BUONE CAPACITÀ DI ADATTAMENTO E DI RELAZIONE, DISPOSTA A COLLABORAZIONE E LAVORO DI GRUPPO |
| <p>CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE</p> <p><i>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.</i></p> | BUONE CAPACITÀ ORGANIZZATIVE ACQUISITE DURANTE IL TIROCINIO PRATICO. DISPOSTA A TURNI DI LAVORO. |
| <p>CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE</p> <p><i>Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.</i></p> | CONOSCENZE DI BASE DEI PROGRAMMI DI INFORMATICA |
| PATENTE O PATENTI | Patente di guida di tipo B automunita disposta a spostamenti per lavoro. |
| ULTERIORI INFORMAZIONI | <p>Corso esecutore BLS presso collegio IPASVI di Frosinone.</p> <p>Corso di formazione per volontari della Croce Rossa Italiana il 04/05/2013. Ad oggi svolgo servizio di volontariato presso Croce Rossa Italiana comitato provinciale di Frosinone.</p> <p>Corso di manovre di disostruzione pediatrica eseguito presso Croce Rossa Italiana il 22/06/2013</p> <p>Corso TSSA (Trasporto sanitario e soccorso in ambulanza) eseguito presso Croce Rossa Italiana con conseguimento dell'attestato abilitante ne mese di dicembre 2013.</p> |

Data
25-01-2017

Firma
Luca Belli Anselmi

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta Giulia Delli Cicchi

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

1. di essere nato a Frosinone prov. FR il 04/07/1988
2. di essere residente a San Giovanni Incarico prov. FR C.A.P. 03028 in via Petrolio n. 5 domiciliato in via Petrolio prov. FR C.A.P. 03028 in via Petrolio n. 5
telefono 0776/549513 cellulare 349/0623922 email dellicicchi.giulia@virgilio.it
3. di essere cittadino Italiano
4. di essere di stato civile Nubile (cognome coniuge _____)
5. di essere in possesso del diploma di laurea in: Infermieristica conseguito il 06/11/2012 presso Università "La Sapienza" sede di Frosinone con votazione 98/110
6. di essere iscritto al n. _____ dell'Albo o elenco _____ tenuto da Pubblica Amministrazione _____ di _____ a decorrere da _____
7. di appartenere all'ordine professionale _____ degli infermieri _____
8. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (diploma di qualifica, diplomi di maturità, laurea):
9. Titolo di studio conseguito presso (indicare Scuola/Istituto, ecc. e indirizzo) data:
 - Maturità Liceo socio-psico-pedagogico presso Istituto "Michelangelo" di Pontecorvo via XXIV maggio. A.S. 2006/2007
 - Laurea in Infermieristica presso Università "La Sapienza" Roma il 6/11/2012
 - Master di 1° livello in Assistenza infermieristica in area pediatrica presso Università "La Sapienza" Roma il 20/01/2015
 - di appartenere all'ordine professionale degli infermieri n.5572 collegio IPASVI Frosinone
10. di essere in possesso dei seguenti titoli di (formazione, aggiornamento, qualifica tecnica)
Attestato di "ITSA" presso Croce Rossa Italiana Frosinone luglio 2013
Attestato di "Esecutore manovre di disostruzione pediatrica" Ceprano 22/6/2013
Attestato di "Volontari della C.R.I." Frosinone 4/5/2013
11. che il numero di codice fiscale è il seguente: DELGLI88L44D810E
12. che il numero di partita IVA è il seguente: _____
13. di essere nel pieno godimento dei diritti politici e civili;
14. di non essere in stato di fallimento o di interdizione o di inabilitazione

15. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
16. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare con immediatezza qualunque variazione attinente le dichiarazioni indicate in precedenza.

Il sottoscritto è a conoscenza che i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy e saranno utilizzati esclusivamente al fine dell'iscrizione nel predetto Albo.

Allego alla presente fotocopia del documento di identità personale in corso di validità.

Frosinone, 25-01-2017

Il dichiarante

Giulio Delli Crechi