

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome
Indirizzo
Telefono
Fax
E-mail

Nazionalità
Data di nascita

PATRIARCA GIACOMO
VIA MARANO 35, 03023 CECCANO (FR)
3403506106
giacomop@hotmail.it

ITALIANA
15/07/1991

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

28/12/2016 - 28/02/17
RSA QUISISANA OSTELLATO
Settore Sanitario
Assistenza Infermieristica Ospiti residenti in RSA, assistenza Infermieristica Intergrata, collaborazione con assistenti OSS, attività Ludico - Ricreative
Assistenza infermieristica di Ospiti.

Date (da a)
Nome e indirizzo del datore di lavoro
Tipo di azienda o settore
Tipo di impiego

08/08/2016 - 24/12/16
SEA AMBULANZE
Settore Sanitario
Servizi Infermieristici extraospedalieri con Ambulanza BLS-D, Centro Mobile
Rianimazione, Affiancamento 118

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

04/2016 - 08/2016
HELPING LIFE
Settore Sanitario Domiciliare
Assistenza Infermieristica Domiciliare bassa media ed alta intensità, Accompagnamento Anziani e Disabili

Salvaguardare la salute del paziente e assisterlo

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

06/07/2015 - 30/10/2015
EMOLAB ANALISI CLINICHE
Settore Sanitario
Prelievi Venosi ,Esame Urine, Breath Test
Prelievi Venosi

- Date (da - a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego

- Principali mansioni e responsabilità

05/2016 - 08/2016

CROCE D'ORO CIOCIARA

SETTORE SANITARIO

ACCOMPAGNAMENTO PAZIENTI DIALIZZATI

SERVIZI DI ACCOMPAGNAMENTO PAZIENTI IN AMBITO EXTRAOSPEDALIERO

SERVIZI DI INFERMERIA DURANTE EVENTI PUBBLICI

SALVAGUARDARE LA SALUTE DEL PAZIENTE DURANTE IL SERVIZIO

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da - a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita

20/03/2015

Laurea In Infermieristica

Formazione professionale in ambito infermieristico

Dottore In Infermieristica

- Date (da - a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita

12/04/2015

BLS - PBLSD AHA ASSOCIATION

Manovre base RCP adulto pediatrico e lattante, utilizzo AED, Disostruzione

Healthcare Provider

- Date (da - a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita

21/05/2016

PTC MODULO BASE IRC

Gestione base di paziente traumatizzato

Infermiere abilitato nella gestione di paziente traumatizzato

- Date (da - a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

16/6/2016 - 17/06/2016

CORSO ACLS AHA ASSOCIATION

Defibrillatore life pack 12 V, tachicardia, bradicardia, cardioversione elettrica, pacing transcutaneo, ritmi defibrillabili e non, nozioni su come leggere un ECG

- Qualifica conseguita

ACLS PROVIDER

Date (da - a)

13/05/2015

Frequentato Convegno da 9,5 crediti ECM Infermieristica 3.0

Date (da - a)

2015 - 2016

Frequentati i seguenti corsi di formazione online:

Gestione della BPCO (5 crediti ECM)

Evidence Based Practice delle procedure Infermieristiche (12 crediti ECM)

Gestione delle linee Venose (12 crediti ECM)

Gestione della mobilitazione del paziente in Ospedale: problemi e soluzioni pratiche (5 crediti ECM)

La gestione dell'incontinenza urinaria e fecale (5 Crediti ECM)

La sedazione terminale palliativa: aspetti clinici ed etici (5 Crediti ECM)

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

MADRELINGUA **ITALIANO**

ALTRE LINGUA

INGLESE

- Capacità di lettura A2
- Capacità di scrittura A2
- Capacità di espressione orale A2

**CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI** **Ottimo**

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE
OTTIME**

**CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE
OTTIME**

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ARTISTICHE
OTTIME**

**ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE
OTTIME**

PATENTE O PATENTI B

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

DICHIARA, infine,

- Ai sensi del DPR 445/00 che quanto contenuto nel curriculum vitae, ALLEGATO alla presente sottoscritto e datato è vero e veritiero.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Data 27/07/17

Firma

Pepea Cosmo

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del dgl. n° 196 del 30/06/2003 e successivi. Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR. 445 del 2000, dichiaro che quanto sopra corrisponde a verità.

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)

Il sottoscritto PATRIARCA GIACOMO

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 BELO HORIZONIE (BRASILE) prov. EE il 15/07/1991
2. di essere residente a CECCANO prov. FR C.A.P. 03023
in via MARANO n. 35
domiciliato in CECCANO prov. FR C.A.P. 03023
in via MARANO n. 35
telefono 3403506106 cellulare 3403506106 email giocomap@hotmail.it
3. di essere cittadino ITALIANO
4. di essere di stato civile CELIBE (cognome coniuge _____)
5. di essere in possesso del diploma di laurea in: INFERMIERISTICA
conseguito il 20/03/2015 presso UNIVERSITA' TOR VERGATA ROMA con votazione 78/110
6. di essere iscritto al n. 6318 dell'Albo o elenco COLLEGIO PASVI FROSINONE
tenuto da Pubblica Amministrazione _____ di _____ a decorrere da 26/03/2015
7. di appartenere all'ordine professionale INFERMIERISTICO
8. di essere in possesso dei seguenti titoli _____
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: PTRGCM91L15Z602T
10. che il numero di partita IVA è il seguente: _____
11. di essere nel pieno godimento dei diritti politici e civili;
12. di non essere in stato di fallimento o di interdizione o di inabilitazione
13. 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;
14. 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, 27/03/17

Il dichiarante
Giaco Patriarca