

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **COLAPIETRO SIMONA**
Indirizzo **VIA DELL' OLMO 1° TRAV. N°12, 03023 CECCANO, (FR)**
Telefono **339 - 6918799**
Fax
E-mail **colapietro.simona@libero.it**

Nazionalità **Italiana**

Data di nascita **NATA A CECCANO IL 20 FEBBRAIO 1975**

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a) **01/03/2011 A 12/12/2011**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **INI Città Bianca di Veroli, via Foiano 4**
• Tipo di azienda o settore **Casa di cura privata**
• Tipo di impiego **Infermiere**
• Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a) **1990/1991 a 1994/1995**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **ITC Statale di Ceccano**
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
• Qualifica conseguita **Diploma di Ragioniere e Perito Commerciale**
• Date (da – a) **2007/2008 a 2009/2010**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Università degli studi di Roma "La Sapienza"**
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
• Qualifica conseguita **I° Facoltà di Medicina e Chirurgia**
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) **Laurea in Infermieristica**

CAPACITÀ E COMPETENZE**PERSONALI**

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA Italiano**ALTRE LINGUE** Inglese - Francese

- Capacità di lettura Buono
- Capacità di scrittura Buono
- Capacità di espressione orale Buono

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**

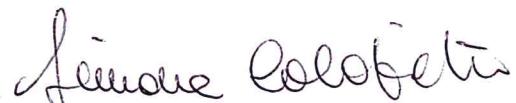
Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

BUONA CONOSCENZA DEL PC E DELLE SUE STRUMENTAZIONI**CAPACITÀ E COMPETENZE****ARTISTICHE**

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI B**ULTERIORI INFORMAZIONI**~~ALLEGATI~~~~N° 9 ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO~~

**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la SignorA COCAUTEMO S. RICOMA natA a CECCANO
il 20/02/75 residente a CECCANO Via Den'adreto 1^e MAU n^o 12
documento di riconoscimento PC n. FR 226 77 22 P
rilasciato da PREFETTO DI FR il 2 GENNAIO 1995

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiera, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

di avere prestato / ~~di prestare~~ attività lavorativa presso:

Azienda/Ente ⁽¹⁾	Periodo dal/al ⁽²⁾	Disciplina/Pos.Funz/Qualifica ⁽³⁻⁴⁻⁵⁾
<u>INI CITTÀ BIANCA</u>	<u>3/2011 AL</u>	<u>INFERMIERE</u>
	<u>31/12/12</u>	<u>PROFESSIONALE</u>

Il/La sottoscritt... dichiara di aver usufruito di un periodo di aspettativa senza assegni dal al per motivi.....

Il/La sottoscritt... dichiara altresì che ricorrono / non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/79 n. 761. (6)

ceccano, 2/12/2014
luogo data

S. Ricoma
(il/la dichiarante)

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

- (1) Specificare se Azienda del SSN o Struttura Convenzionata/Accreditata o Pubblica Amministrazione o Istituto Privato
- (2) Specificare giorno mese anno di inizio e termine del rapporto di servizio
- (3) Specificare se rapporto di servizio a tempo pieno o part-time (se part-time indicare percentuale orario di servizio)
- (4) Specificare se rapporto di servizio dipendente o contratto libero professionale/collaborazione coord. continuativa
- (5) Specificare per i medici se a tempo pieno o tempo definito.
- (6) Ultimo comma art. 46 D.P.R. 761/79 "La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superiore il 50 per cento".