

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome	<b>DENISE D'ALESSANDRO</b>
Indirizzo	<b>via Massari snc, 03047, San Giorgio a Liri (Fr)</b>
Telefono	<b>3315339424</b>
Fax	
E-mail	<b><u>Dalexdenise1@hotmail.it</u></b>
Nazionalità	<b>Italiana</b>
Data di nascita	<b>18/07/1987</b>

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

• Date (da – a):

**PERIODO: DAL 1 MARZO 2013 – A TUTT'OGGI**  
**LAVORO COME INFERMIERE PROFESSIONALE PRESSO "AGENZIA DI**  
**ASS. DOMICILIARE, SAPIO LIFE CURE" di CECCANO ORA LINDE**  
**MEDICALE ,(FULL-TIME) CAT. PZ : ALTA INTENSITÀ;**

**PERIODO: DAL 1 LUGLIO 2011 – AL 14/06/2012**

**HA LAVORATO COME INFERMIERE PROFESSIONALE PRESSO AZIENDA U.S.L.**  
**OSPEDALE INFERMI DI RIMINI (FULL-TIME):**

• Date (da – a):

**DAL 1/07/ 2011 AL 29/02/2012 PRESSO U.O. DIABETOLOGIA,**  
**EPATOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO;**

**DAL 01/03/2012 – AL 14/6/2012 PRESSO U.O. NEFROLOGIA E**  
**DIALISI (OSPEDALE INFERMI, TRAMITE AGENZIA IN JOB ITALIA);**

**TIROCINI SVOLTI:**

**Gennaio 2010 – Marzo 2010**

**Unità Operativa di Chirurgia, Clinica Santa Teresa, Isola Liri (FR)**

**Collaboratore professionale sanitario infermiere**

Settembre 2009 – Novembre 2009

Unità Operativa di Ortopedia, Clinica Santa Teresa, Isola Liri (FR)

Collaboratore professionale sanitario infermiere

Giugno 2009 – Agosto 2009

unità operativa di Riabilitazione Alta Intensità e Riabilitazione Neuromotoria, Clinica San Raffaele, Cassino (FR)

Collaboratore professionale sanitario infermiere

Febbraio 2009 – Aprile 2009

Unità Operativa di Medicina e Unità Operativa di Ostetricia – Maternità, Clinica S. Anna, Cassino (FR)

Collaboratore professionale sanitario infermiere

Settembre 2008 – Dicembre 2008

Unità Operativa di Medicina, Clinica Villa Serena, Cassino (FR)

Collaboratore professionale sanitario infermiere

Febbraio 2008 – Settembre 2008

unità operativa Alzheimer e Parkinson, Clinica San Raffaele, Cassino (FR)

Collaboratore professionale sanitario infermiere

## ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a) (2006)

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Diploma conseguito presso il liceo SOCIO – PSICO – PEDAGOGICO M.T. VARRONE DI CASSINO (FR).

• Date (da – a)

(2007/2010)

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Laurea triennale in scienze infermieristiche presso l'Università degli studi di ROMA "TOR VERGATA"

Titolo Tesi di Laurea: "VALUTAZIONE DEI MODELLI DI GESTIONE DELLO STRESS NEGLI INFERMIERI CHE ASSISTONO PAZIENTI ONCOLOGICI"

Relatori: Dott.ssa Giovanna Federici , Dott.ssa Ivana Vallario con votazione 98/110.

- attestato di partecipazione al progetto : “ Stage formativo nella scuola dell’infanzia” tenutosi presso il Liceo delle scienze sociali, psico – socio – pedagogico , linguistico di Cassino, A.S. 2004/2005;
- attestato di partecipazione al progetto : “ Formazione e ricerca in psicologia applicata” tenutosi presso il Liceo delle scienze sociali, psico – socio – pedagogico , linguistico di Cassino, A.S. 2004/2005;
- attestato di partecipazione al corso di aggiornamento sulla professione infermieristica:”la responsabilità infermieristica tra etica e bioetica”

tenutosi presso il palazzo congressi di Roma il giorno 25/06/2008;

- 
- attestato di partecipazione al corso di formazione ECM: "Cocaina e nuove dipendenze: revisione clinica e verifica dei risultati di un modello di valutazione e trattamento ambulatoriale", tenutosi presso la Sala Teatro della ASL di Frosinone il giorno 14 e 15 giugno 2010;
- attestato di partecipazione al corso di formazione 4 crediti ECM: "Integrazione socio sanitaria del territorio volontariato e associazioni" tenutosi a Pontecorvo il 10 Giugno 2011
- attestato di partecipazione al progetto ECM : "EPATOPATIE VIRUS – CORRELATE : una emergenza sommersa." Tenutosi a Frosinone in data 2/12/2011.
- attestato di partecipazione al progetto ECM : " PROSPETTIVE TERAPEUTICHE FUTURE IN AMBITO DIABETOLOGICO 4 CREDITI ECM". Tenutosi presso AULA G. OSPEDALE INFERMI IL 7/10/2011.
- Attestato di partecipazione ECM su : GESTIONE DEL TEAM E LEADERSHIP 15 MAGGIO 2013, svoltosi a CECCANO. 10 cred. ECM;
- ATTESTATO ESECUTORE BLS-D ABILITATO DALL'AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA , REG. LAZIO "ARES 118" 16/03/2013;
- Attestato di partecipazione ECM : "PSICOLOGIA DELL'AMERGENZA: DALLA PARTE DELLE VITTIME E DEI SOCCORRITORI" 10 CRED. ECM tenutosi a CECCANO il 14 maggio 2014;
- Attestato di partecipazione al corso ECM: "OSSESSIONE IPOCONDRIACA" 10 CREDITI ECM, tenutosi a CECCANO il 20 ottobre 2014;

LAUREA CONSEGUITA

INFERMIERE

RISULTA ISCRITTA REGOLARMENTE ALL'ALBO PROFESSIONALE AL NUMERO DI POSIZIONE 5150 DAL 21/01/2011.

MADRELINGUA

[ITALIANO]

ALTRE LINGUA

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

**[INGLESE ]**

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
RELAZIONALI**

*Ottime capacità relazionali ed organizzative nell'ambito del lavoro d' equipe e del singolo paziente. In grado di pianificare il lavoro autonomamente e di gestire al meglio le situazioni. Tale capacità, la sottoscritta dichiara di averle acquisite nell'ambito dei tirocini svolti e nell'ambito delle esperienze lavorative svolte e di discipline agonistiche effettuate nel corso degli anni a tutt'oggi.*

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
TECNICHE.**

Buone conoscenze di Word, Excel, PowerPoint, Internet.

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
ARTISTICHE**

Danza latino – americana, salsa e merengue, balli di gruppo, animatrice, acquisite in scuole riconosciute legalmente dalla FIDS (FEDERAZIONE ITALIANA DANZA SPORTIVA).

**PATENTE O PATENTI**

POSSESSO DELLA PATENTE DI TIPO B

**ALLEGATI**

[ALLEGATO 1 ]

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali in deroga al decreto legge 196/03

DATA

03/12/2014

FIRMA





**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 DENISE D'ALESSANDRO

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 CASSINO prov. FR il 18/07/1987
2. ☐ di essere residente a SAN GIORGIO A LIRI prov. FR C.A.P. 03047  
in via MASSARI n. SNC  
domiciliato in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare 3315339424 email DALEXDENISE1@HOTMAIL
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 12/11/2010 presso UNIVERSITÀ TOR VERGATA ROMA con votazione 98/110
6. di essere iscritto al n. 5150 dell'Albo ~~elenco~~ PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI  
tenuto da Pubblica Amministrazione COLLEGIO IPASVI di FROSINONE a decorrere da 21/01/2011
7. di appartenere all'ordine professionale \_\_\_\_\_
8. di essere in possesso dei seguenti titoli \_\_\_\_\_
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: DLSDNS87L58C034K
10. che il numero di partita IVA è il seguente: 02794160602
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, 03/12/2014

Il dichiarante

D'Alexandro Denise