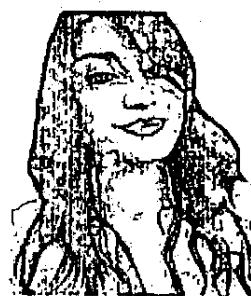


**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **[DI PALMA VALERIA]**
Indirizzo **[45, VIA CONA, 03030, FR, CASTELLIRI]**
Telefono **3405885250**
Fax
E-mail **wild90@live.it**
Pec **valeria.dipalma@pec.enpapi.it**



Nazionalità

ITALIANA

Data di nascita

(06, 12, 1990)

ESPERIENZA LAVORATIVA

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

[Dal 29/06/2017 al in corso]
PRÉSIDIO DI RIABILITAZIONE I.FL.HAN. s.r.l.
2 Traversa Privata Monterusso 3 , 80078 Pozzuoli (NA)
struttura privata convenzionata/accreditata
Infermiera
Assistenza Infermieristica domiciliare (ADI) libero professionista con P.Iva.

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

Dal 04-08-2018
Azienda USL di frosinone Ospedale fabrizio spaziani via Armando fabi fr
ospedale
infermiera
Reparto di chirurgia assistenza infermieristica

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

[Dal 22/05/2017 al 24/06/2017]
Maria SS. Dell' Arco s.n.c. Lago Patria (NA) - P.co Palumbo Viale dell' acacie, 24
Struttura residenziale psichiatrica (SIR)
Infermiera
Assistenza Infermieristica
Per ulteriori informazioni:
wild90@live.it
cel :3405885250

	<ul style="list-style-type: none"> • Date (da – a) • Nome e indirizzo del datore di lavoro • Tipo di azienda o settore • Tipo di impiego • Principali mansioni e responsabilità <ul style="list-style-type: none"> • Date (da – a) • Nome e indirizzo del datore di lavoro • Tipo di azienda o settore • Tipo di impiego • Principali mansioni e responsabilità
	<p>ISTRUZIONE E FORMAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date (da – a) • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione • Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio • Qualifica conseguita • Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)
	<p>[Dal 2003\2004 al 2009\2010.]</p> <p>Istituto statale d'arte Antonio Valente Sora (FR)</p> <p>Progettazione e disegno</p> <p>Diploma di maturità</p> <p>64/110</p> <p>[Dal 2010\2011 al 2015\2016]</p> <p>Università degli studi di Roma Tor Vergata, sede Sora , FR , Loc.S. Marciano, 03039</p> <p>Assistenza infermieristica</p> <p>Laurea in infermieristica</p> <p>80/110</p> <p><i>Iscritta all' albo degli infermieri professionali IPASVI di FROSINONE al n. 6610 dal 18/01/2017</i></p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI</p> <p>esigenze del paziente al fine di soddisfare i propri bisogni, assumendo spirito di iniziativa allo scopo di migliorarmi e di applicare l'etica professionale..</p>	<p>Buona capacità a lavorare sia in autonomia che in gruppo, ottima percezione delle</p> <p>Buon senso di adattamento in ambienti multiculturali</p>
<p>MAORELINGUA</p> <p>ALTRI LINGUA</p>	<p>[ITALIANA]</p> <p>[INGLESE] [FRANCESE]</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di lettura <p>Pagina 1 - Curriculum vitae di / Di Palma, Valeria]</p> <p>[buono] [buono]</p> <p>Per ulteriori informazioni: wld90@live.it cel: 3465885250</p>

• Capacità di scrittura	[buono]	[buono]
• Capacità di espressione orale	[buono]	[buono]
CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI	[Nel corso delle varie attività lavorative svolte, ho acquisito ottime capacità relazionali/comunicative, avendo lavorato con diverse figure professionali. Ho frequentato ambienti lavorativi differenti, in sede, sul territorio ed in ambito sanitario nelle diverse Unità Operative e di Degenza]	
CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE	[Elevata capacità organizzativa e gestionale, maturata nel corso del tirocinio formativo effettuato presso l'ospedale SS.Trinità di Sora (FR). Ho intrapreso attività inerente la gestione e l'organizzazione dei turni di lavoro, farmaci e assistenza al paziente.]	
CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE	[Buon uso del computer e di alcuni macchinari ospedalieri acquisiti mediante tirocinio .]	
CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE	[Ottime capacità di disegno acquisite presso l' istituto d' arte.]	
ALTRÉ CAPACITÀ E COMPETENZE	[Durante le qualifiche acquisite , ho lavorato come barista saltuariamente sviluppando un ottima capacità relazionali con la clientela ; occasionalmente ho assistito anziani in condizioni di non autosufficienza per comprendere il mondo dell'assistenza e il supporto psicologico del paziente.]	

PATENTE O PATENTI	Cat. B
ULTERIORI INFORMAZIONI	[Iscritta al centro per l'impiego di Frosinone a partire dall' anno 2008.]

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs.196 del 30 giugno 2003 per qualsiasi attività di selezione

In Fede
Valeria Di Palma

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 **VALERIA DI PALMA**

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 SORA prov. FR il 16/12/1990
2. di essere residente a CASTELLIRI prov. FR C.A.P. 03030 in via CONA n. 45 domiciliato in CONA prov. FR C.A.P. 03030 in via CONA n.45 telefono 3405885250 cellulare 3405885250 email WILD90@LIVE.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: SCIENZE INFERMIERISTICHE conseguito il 3/12/2016 presso TOR VERGATA ROMA con votazione 80
6. di essere iscritto al n. 6610 dell'Albo o elenco PROFESSIONALE tenuto da Pubblica Amministrazione di FROSINONE a decorrere da 18/01/2017
7. di appartenere all'ordine professionale INFERMIERISTICO
8. di essere in possesso dei seguenti titoli DIPLOMA
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: DPLVLR90T46I838P
10. che il numero di partita IVA è il seguente: 02981030600
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, 5.4.2019

Il dichiarante

Valeria Di Palma