

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALE**

Nome **Fontecchia Emanuela**  
Indirizzo **Via bonifica sud n°12, 03012 Anagni(FR),Italia .**  
Telefono **3284473572**  
Fax  
E-mail **emanuelafontecchia@hotmail.it**  
**fontema87@gmail.com**  
**emanuelafontecchia@pec.it**

Nazionalità **italiana**  
Data di nascita **09/09/87**

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

**IN POSSESSO DI P.IVA N° : 03050000607**

- date(da-a) **27/08/2018 al 29/08/2018**
- nome e indirizzo del datore di lavoro **PROFESSIONAL SERVICE ROMA**
- Tipo di azienda o lavoro **CASA DI CURA ANZIO (RM)**
- Tipo di impiego **INFERMIERA**
- Principali mansioni e responsabilità **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**
- date(da-a) **20/11/2017 in corso**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **PROFESSIONAL SERVICE ROMA**
- Tipo di azienda o lavoro **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**
- Tipo di impiego **INFERMIERA**
- Principali mansioni e responsabilità **ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMCILIO**

- date(da-a) **10/10/2017 AL 18/10/2017**
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro **PROFESSIONAL SERVICE ROMA**
    - Tipo di azienda o lavoro **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**
    - Tipo di impiego **INFERMIERA**
  - Principali mansioni e responsabilità **ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO**
- 
- date(da-a) **1/07/2017- 30/09/2017**
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro **FIUGGI tramite COOPERATIVA SOCIALE Professional Service**
    - Tipo di azienda o lavoro **CASA DI CURA**
    - Tipo di impiego **INFERMIERA**
  - Principali mansioni e responsabilità **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**
- 
- date(da-a) **2013 / 2017**
  - Nome e indirizzo del datore di lavoro **VOLONTARIO CROCE ROSSA ITALIANA**
    - Tipo di azienda o lavoro **CROCE ROSSA ITALIANA**
    - Tipo di impiego **VOLONTARIO**
  - Principali mansioni e responsabilità **VOLONTARIO DI SOCCORSO**

## **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Data (da-a) **24 Gennaio 2019 in corso**
  - Nome e tipo di istituto e istruzione o formazione **Master online di Primo livello in INFERMIERISTICA FORENSE UNETELMA SAPIENZA Roma.**
- 
- Date (da-a) **16/09/2018 al 07/10/2018**
  - Nome e tipo di istituto e istruzione o formazione **Corso Intensivo di INGLESE CERTIFICATO, scuola internazionale EF(EDUCATION FIRST)situata a LONDRA.**
- 
- Date ( da-a) **4 DICEMBRE 2017 ROMA**
  - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Corso Teorico Pratico: WOUND CARE LA GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE: ASSISTENZA OSPEDALIERA E DOMICILIARE 10,5 CREDITI FORMATIVI ECM**
- 
- Date ( da-a) **21 MARZO 2017**
  - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Corso formativo svolto su FADINMED: IL PAZIENTE DISFAGICO: VALUTAZIONE E GESTIONE.**

## 5 CREDITI FORMATIVI ECM

- Date ( da-a) **4 MARZO 2017**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Corso formativo svolto su FADINMED: TRACHEOSTOMIA: GESTIONE DEL PAZIENTE.**  
**5 CREDITI FORMATIVI ECM.**
  
- Date ( da-a) **08 NOVEMBRE 2016**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **DIPLOMA DI LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICA, FACOLTA' DI MEDICINA ED ODONTOIATRIA, POLICLINICO UMBERTO I UNIVERSITA' "SAPIENZA" ROMA**
  
- principali materie/ abilità professionali oggetto di studio **Assistenza sanitaria intra ed extra ospedaliera.**
- qualifica conseguita **Diploma di laurea,abilitazione alla professione infermieristica, regolarmente iscritta presso albo nazionale, collegio IPASVI, da gennaio 2017.**
- livello nella classificazione nazionale **INFERMIERA PROFESSIONALE ABILITATA**
  
- Date (da- a) **MARZO 2015**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **TSSA ( ATTESTATO VOLONTARIO IN AMBULANZA , DISOSTRUZIONE PEDIATRICA)**
- Tipo di azienda o lavoro **CROCE ROSSA ITALIANA**
- Tipo di impiego **VOLONTARIO**
- Principali mansioni e responsabilità **VOLONTARIO DI SOCCORSO**
  
- Date (da - a) **OTTOBRE 2015**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **BLSD (ATTESTATO DI OPERATORE FULL-D)**
- Tipo di azienda o lavoro **CROCE ROSSA ITALIANA**
- Tipo di impiego **VOLONTARIO**
- Principali mansioni e responsabilità **VOLONTARIO DI SOCCORSO**
  
- Date(da-- a) **GIUGNO 2014 AGGIORNAMENTO MAGGIO 2016**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **OPEM (OPERATORE DI EMERGENZA)**
- Tipo di azienda o lavoro **CROCE ROSSA ITALIANA**
- Tipo di impiego **VOLONTARIO**
- Principali mansioni e responsabilità **VOLONTARIO DI SOCCORSO**
  
- Date(da - a) **A.A. 2005 / 2006**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO DEI SERVIZI SOCIALI**
- principali materie/ abilità professionali oggetto di studio **EDUCATORE CON CONOSCENZE PRATICO - TEORICO DEL SOCIALE SVOLTO IN STRUTTURE ESTERNE ( ASILI, CENTRI PER ANZIANI, CASE FAMIGLIA, CENTRI DI RIEDUCAZIONE).**
- qualifica conseguita **TÉCNICO DEI SERVIZI SOCIALI**
- livello nella classificazione nazionale **DIPLOMA DI MATURITA'**
  
- Date(da- a) **2003 / 2004**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO DEI SERVIZI SOCIALI**

• principali materie/ abilità professionali oggetto di studio

- qualifica conseguita
- livello nella classificazione nazionale

**CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI**

**MADRELINGUA**

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

**CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE CON COMPUTER, ATTREZZATURE SPECIFICHE, MACCHINARI, ECC.**

**PATENTI E PATENTE**

**EDUCATORE CON CONOSCENZE PRATICO - TEORICO DEL SOCIALE SVOLTO IN STRUTTURE ESTERNE ( ASILI, CENTRI PER ANZIANI, CASE FAMIGLIA, CENTRI DI RIEDUCAZIONE).**

**OPERATORE DEI SERVIZI SOCIALI.**

**ATTESTATO DI QUALIFICA.**

**ITALIANA**

**INGLESE**

**LIVELLO A1.2/A2**

**LIVELLO A1.2/A2**

**LIVELLO A1.2/A2**

**OTTIMA PADRONANZA DEL PC, BUONA CONOSCENZA DEL SISTEMA WINDOWS 10 CON SISTEMA OPERATIVO OFFICE E OPEN OFFICE.**

**B**

\*autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 "codice in materia di protezione dei dati personali (facoltativo)".

**FONTECCHIA EMANUELA**  
08/02/2019



**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 FONTECCIA EMANUELA

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 09-09-1987
2. di essere residente a ANAGNI prov. FR C.A.P. 03012  
in via BOBIFIPA SUD n. 12  
domiciliato in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare 3226443572 email EMANUELA.FONTECCIA@HOTMAIL.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 08/11/16 presso UNIVERSITA' "LA SAPIENZA" con votazione 86/100
6. di essere iscritto al n. 6594 dell'Albo o elenco OPI  
tenuto da Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ a decorrere da \_\_\_\_\_
7. di appartenere all'ordine professionale OPI = ORDINE INFERMIERISTICO PROFESSIONALE
8. di essere in possesso dei seguenti titoli LAUREA
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: FJTMNL87P64NR10F
10. che il numero di partita IVA è il seguente: 03050000607
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, 12/03/2019

Il dichiarante

Emanuela Fonteccia