

**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](mailto:emanuelafontecchia@hotmail.it)**  
**[fontema87@gmail.com](mailto:fontema87@gmail.com)**  
**[emanuelafontecchia@per.it](mailto:emanuelafontecchia@per.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 **INFERNIERA**

• Principali mansioni e responsabilità **ASSISTENZA INFERNIERISTICA**

• 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 **INFERNIERA**

• Principali mansioni e responsabilità **ASSISTENZA INFERNIERISTICA A DOMICILIO**

• 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 UNITELMA 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)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
  
- Date ( da-a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
  
- principali materie/ abilità professionali oggetto di studio
  - qualifica conseguita
- livello nella classificazione nazionale
  - Date (da-a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
  - Tipo di azienda o lavoro
    - Tipo di impiego
  - Principali mansioni e responsabilità
  
- Date (da-a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
  - Tipo di azienda o lavoro
    - Tipo di impiego
  - Principali mansioni e responsabilità
  
- Date (da-a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
  - Tipo di azienda o lavoro
    - Tipo di impiego
  - Principali mansioni e responsabilità
  
- Date (da-a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
  - principali materie/ abilità professionali oggetto di studio
  - qualifica conseguita
  - livello nella classificazione nazionale
  
- Date (da-a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

## 4 MARZO 2017

Corso formativo svolto su FADINMED: TRACHEOSTOMIA: GESTIONE DEL PAZIENTE.

## 5 CREDITI FORMATIVI ECM.

## 08 NOVEMBRE 2016

DIPLOMA DI LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICA, FACOLTA' DI MEDICINA ED ODONTOIATRIA,

POLICLINICO UMBERTO I

UNIVERSITA' "SAPIENZA" ROMA

Assistenza sanitaria intra ed extra ospedaliera.

Diploma di laurea,abilitazione alla professione infermieristica, regolarmente iscritta presso albo nazionale, collegio IPASVI, da gennaio 2017.

INFERMIERA PROFESSIONALE ABILITATA

## MARZO 2015

TSSA ( ATTESTATO VOLONTARIO IN AMBULANZA , DISOSTRUZIONE PEDIATRICA)

CROCE ROSSA ITALIANA

VOLONTARIO

VOLONTARIO DI SOCCORSO

## OTTOBRE 2015

BLSD (ATTESTATO DI OPERATORE FULL-D)

CROCE ROSSA ITALIANA

VOLONTARIO

VOLONTARIO DI SOCCORSO

## GIUGNO 2014 AGGIORNAMENTO MAGGIO 2016

OPEM (OPERATORE DI EMERGENZA)

CROCE ROSSA ITALIANA

VOLONTARIO

VOLONTARIO DI SOCCORSO

## A.A. 2005 / 2006

ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO DEI SERVIZI SOCIALI

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

TECNICO DEI SERVIZI SOCIALI

DIPLOMA DI MATURITA'

## 2003 / 2004

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

**CAPACITA' 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

*Emanuela F. C.*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**  
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto FONTECHIA GRANUGLIA

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 AVAGNI prov. FR C.A.P. 03012  
in via BONIFICO SUD n. 12  
domiciliato in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare 328 6643572 email GRANUGLIAFONTECHIA@GMAIL.IT
3. di essere cittadino ITALIANO
4. di essere di stato civile NUBILLO (cognome coniuge \_\_\_\_\_)
5. di essere in possesso del diploma di laurea in: SCIENZE INFERMIERISTICA  
conseguito il 08/11/16 presso UNIVERSITÀ "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 INFERMIERISTI E PROFESSIONALE
8. di essere in possesso dei seguenti titoli LAUREA
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: FNIMNL 87 P64 NR10F
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

Antonella Cusola