

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **FORTUNA IRMA**
Indirizzo **VIA MARELLO 9, 03030, VILLA SANTA LUCIA**
Telefono **0776 465393/ 3279184768**
Fax **0776 465393**
E-mail **fortunairma936@gmail.com**

Nazionalità **Italiana**
Data di nascita **06/09/1993**

ESPERIENZA LAVORATIVA

Marzo 2017 – Ottobre 2017
Operaio presso FCA: reparto Montaggio

Febbraio 2017
Infermiera presso Casa di Risposo Villa Algisa

Settembre 2016 – Febbraio 2017
Commessa presso Millepiedi (negozio di calzature, pelletteria e abbigliamento)
con contratto Garanzia Giovani

Marzo 2013 - Ottobre 2015
Tirocinio
Ospedale Santa Scolastica, via San Pasquale, 03043 Cassino (FR)
Ospedale civile
Infermiere
Assistenza infermieristica

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Novembre 2012- giugno 2015
Università "Sapienza" – Laurea triennale in Infermieristica
-Principi dell'assistenza infermieristica
-Atti critica
-Tirocinio
Infermiere professionale

Settembre 2007 – Giugno 2012
Diploma "Liceo socio-psico-pedagogico"
Istituto Magistrale M.T. Varrone, viale Europa, 28, 03043 Cassino (FR)
-espressione italiana
-sociologia
-psicologia
-pedagogia

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

MADRELINGUA

Italiana

ALTRE LINGUA

INGLESE

Buono

Buono

Buono

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

**CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI**

Capacità di lavorare in gruppo maturata in molteplici situazioni in cui era indispensabile la collaborazione tra figure diverse e con varie modalità d'orario.

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE**

Capacità di lavorare in situazioni di stress, legate soprattutto al rapporto con il pubblico

**CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE**

Conoscenza degli applicativi Microsoft e del pacchetto Office. Buona capacità di navigazione in Internet.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

PATENTE O PATENTI

Patente di guida B

ULTERIORI INFORMAZIONI

-Iscritta all'albo dell' IPASVI dell'ASL di Frosinone al numero di posizione 6499 dal 11/04/2016.

-Partecipazione al corso di formazione in data 13/05/2016 BLSO ESECUTORE HEALTHCARE ADULTO PEDIATRICO e INFANTE con utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno secondo linee guida AHA 2010.

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 FORTUNA IRMA

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 06/09/1993
2. ☐ di essere residente a VILLA S. LUCIA prov. FR C.A.P. 03030
in via VIA MARELLO n. 9
domiciliato in VILLA S. LUCIA prov. FR C.A.P. 03030
in via VIA MARELLO n. 9
telefono 0776-465393 cellulare 3279184768 email fortuna.irma936@gmail.com
3. di essere cittadino ITALIANO
4. di essere di stato civile NUBILE (cognome coniuge _____)
5. di essere in possesso del diploma di laurea in: INFERTIERISTICA
conseguito il 01.04.2016 presso UNIVERSITA' LA SAPIENZA (SEDE CASSINO) con votazione 103/110
6. di essere iscritto al n. 6199 dell'Albo o elenco IPASVI
tenuto da Pubblica Amministrazione di FROSINONE a decorrere da 2016
7. di appartenere all'ordine professionale PROFESSIONE INFERTIERE
8. di essere in possesso dei seguenti titoli LAUREA TRIENNALE IN INFERTIERISTICA
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: FRTRM193P46C034S
10. che il numero di partita IVA è il seguente: _____
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, 21/12/2017

Il dichiarante
