

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

PATRIARCA GIACOMO

Indirizzo

VIA MARANO 35, 03023 CECCANO (FR)

Telefono

3403506106

Fax

E-mail

giacomop@hotmail.it

Nazionalità

ITALIANA

Data di nascita

15/07/1991

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)

28/12/2016 – 28/02/17

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

RSA QUISISANA OSTEILLATO

• Tipo di azienda o settore

Settore Sanitario

• Tipo di impiego

Assistenza Infermieristica Ospiti residenti in RSA, assistenza Infermieristica Intergrata,

• Principali mansioni e responsabilità

collaborazione con assistenti OSS, attività Ludico - Ricreative

Assistenza infermieristica di Ospiti.

Date (da – a)

08/08/2016 – 24/12/16

Nome e indirizzo del datore di lavoro

SEA AMBULANZE

lavoro

Settore Sanitario

Tipo di azienda o settore

Servizi Infermieristici extraospedalieri con Ambulanza BLSD, Centro Mobile

Tipo di impiego

Rianimazione, Affiancamento 118

• Date (da – a)

04/2016 – 08/2016

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

HELPING LIFE

• Tipo di azienda o settore

Settore Sanitario Domiciliare

• Tipo di impiego

Assistenza Infermieristica Domiciliare bassa media ed alta intensità, Accompagnamento Anziani e Disabili

• Principali mansioni e responsabilità

Salvaguardare la salute del paziente e assisterlo

• Date (da – a)

06/07/2015 – 30/10/2015

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

EMOLAB ANALISI CLINICHE

• Tipo di azienda o settore

Settore Sanitario

• Tipo di impiego

Prelievi Venosi, Esame Urine, Breath Test

• Principali mansioni e responsabilità

Prelievi Venosi

• Date (da - a)	05/2016 – 08/2016
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	CROCE D'ORO CIOCIARA
• Tipo di azienda o settore	SETTORE SANITARIO
• Tipo di impiego	ACCOMPAGNAMENTO PAZIENTI DIALIZZATI SERVIZI DI ACCOMPAGNAMENTO PAZIENTI IN AMBITO EXTRAOSPEDALIERO SERVIZI DI INFERMERIA DURANTE EVENTI PUBBLICI SALVAGUARDARE LA SALUTE DEL PAZIENTE DURANTE IL SERVIZIO
• Principali mansioni e responsabilità	

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da - a)	20/03/2015
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Laurea in Infermieristica
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Formazione professionale in ambito infermieristico
• Qualifica conseguita	Dottore in Infermieristica
• Date (da - a)	12/04/2015
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	BLSD – PBLSD AHA ASSOCIATION
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Manovre base RCP adulto pediatrico e lattante, utilizzo AED, Disostruzione
• Qualifica conseguita	Healthcare Provider
• Date (da - a)	21/05/2016
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	PTC MODULO BASE IRC
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Gestione base di paziente traumatizzato
• Qualifica conseguita	Infermiere abilitato nella gestione di paziente traumatizzato
• Date (da - a)	16/06/2016 – 17/06/2016
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	CORSO ACLS AHA ASSOCIATION
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Defibrillatore lifepack 12 V, tachicardia, brachicardia, cardioversione elettrica, pacing transcutaneo, ritmi defibrillabili e non, nozioni su come leggere un ECG
• Qualifica conseguita	ACLS PROVIDER

Date (da - a) 13/05/2015
Frequentato Convegno da 9,5 crediti ECM Infermieristica 3.0

Date (da – a) 2015 – 2016

Frequentati i seguenti corsi di formazione online:

Gestione della BPCO (5 crediti ECM)

Evidence Based Practice delle procedure Infermieristiche (12 crediti ECM)

Gestione delle linee Venose (12 crediti ECM)

Gestione della mobilitizzazione del paziente in Ospedale: problemi e soluzioni pratiche (5 crediti ECM)

La gestione dell'incontinenza urinaria e fecale (5 Crediti ECM)

La sedazione terminale palliativa: aspetti clinici ed etici (5 Crediti ECM)

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

MADRELINGUA **ITALIANO**

ALTRÉ LINGUA

INGLESE

- Capacità di lettura A2
- Capacità di scrittura A2
- Capacità di espressione orale A2

**CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI** Ottime

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE**
OTTIME

**CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE**
OTTIME

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ARTISTICHE**
OTTIME

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE
OTTIME

PATENTE O PATENTI B

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

DICHIARA, infine,

- Ai sensi del DPR 445/00 che quanto contenuto nel curriculum vitae, ALLEGATO alla presente sottoscritto e datato è vero e veritiero.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Data 27/07/17

Firma

Pierrea Gobello

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del dgl. n° 196 del 30/06/2003 e successivi. Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiera, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR. 445 del 2000, dichiaro che quanto sopra corrisponde a verità.

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 PATRIARCA GIACOMO

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 BELO HORIZONTE (BRASILE) prov. EE il 15/07/1991
2. di essere residente a CECANO prov. FR C.A.P. 03023
in via MARANO n. 35
domiciliato in CECANO prov. FR C.A.P. 03023
in via MARANO n. 35
telefono 3403506106 cellulare 3403506106 email giacomo@hotmai.it
3. di essere cittadino ITALIANO
4. di essere di stato civile CELIAF (cognome coniuge _____)
5. di essere in possesso del diploma di laurea in: INFERNERISTICA
conseguito il 20/03/2015 presso UNIVERSITÀ TARVERGATA ROMA con votazione 78/110
6. di essere iscritto al n. 6318 dell'Albo o etenco COLLEGIO (PASVI) FROSINONE
tenuto da Pubblica Amministrazione _____ di _____ a decorrere da 26/03/2015
7. di appartenere all'ordine professionale INFERNERISTICO
8. di essere in possesso dei seguenti titoli _____
9. che il numero di codice fiscale è il seguente: PTR6C491C15Z6021
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, 27/03/17

Il dichiarante
Patrizio Giacomo