

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome

PETROZZI EMANUELE

Indirizzo

03036

VIA VADO CAPONE BOTTIGLIONE 3, ISOLA DEL LIRI (Fr)

Telefono

334-5734755 cell.

Fax

E-mail

emanuelepetrozzi@gmail.com

Nazionalità

ITALIANA

Data di nascita

24-11-1990

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Tirocinio clinico come infermiere (2480ore)
- Esperienza come dipendente aziendale nel marketing e responsabile vendite.
- Attività di giardinaggio
- Restauro mobili

• Date (da - a)

- Dal 2011 al 2014
- Dal 2009 al 2010
- Dal 2013 al 2014

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

• Tipo di azienda o settore

Azienda medio-piccola, settore sportivo e elettrodomestico.

• Tipo di impiego

-Centralinista call-center, rappresentante e responsabile

- vendita.

-operaio.

• Principali mansioni e responsabilità

-Tirocinante infermiere Ospedale S.S.Trinità di Sora

#### ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Diplomato presso il Liceo Scientifico Biologico  
Nell'anno scolastico 2008/2009.

-Successivamente LAUREA TRIENNALE  
IN INFERMIERISTICA presso l'Un. TOR VERGATA  
ROMA, conseguita il 4-03-2017.

ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE IP DAL 14  
MARZO 2017

-ECM: "Il paziente disfagico: valutazione e  
Gestione."

-ECM: " Stomie intestinali. Gestione del  
Paziente."

-ECM: "Tracheostomia: gestione del  
Paziente."

-ECM: "Aderenza alla terapia farmacologica."

-ECM: "Gastrostomia endoscopica  
Percutanea: istruzioni per l'uso."

-ECM : " Le vaccinazioni."

-ECM: "Morbillo e rosolia: epidemiologia, sorveglianza e  
Prevenzione."

-ECM: "Influenza e anziani: impatto epidemiologico,  
clinico ed economico. Programmare e realizzare azioni  
per migliorare le coperture vaccinali."

-ECM: "Il programma nazionale esiti: come interpretare  
e usare i dati."

• Date (da - a)

• Nome e tipo di istituto di  
istruzione o formazione

Diploma di maturità (Liceo Scientifico  
Biologico di Sora)

Laurea Triennale in Infermieristica ( Un. Degli

Studi Di Tor

Vergata Roma)

• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

Medicina generale, medicina chirurgica e d'urgenza, biologia, farmacologia, infermieristica clinica, infermieristica in chirurgia, infermieristica in medicina, infermieristica in area critica, infermieristica pediatrica, infermieristica in ginecologia e ostetricia. Biologia, chimica e diritto del lavoro.

• Qualifica conseguita

Laurea triennale infermieristica

• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

**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 **PETROZZI EMANUELE**

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. **FROSINONE** il **24/11/1990**
2. ☐ di essere residente a **ISOLA DEL LIRI** prov. **FROSINONE** C.A.P. 03036 in via **VADO CAPONE BOTTIGLIONE** n.3 domiciliato in **ISOLA DEL LIRI** prov. **FROSINONE** C.A.P. 03036 in via **VADO CAPONE BOTTIGLIONE** n. 3 telefono **3345734755** cellulare **3345734755** email **emanuelepetrozzi@gmail.com**
3. di essere cittadino **ITALIANO**
4. di essere di stato civile **CELIBE** (cognome coniuge \_\_\_\_\_)
5. di essere in possesso del diploma di laurea in: **INFERMIERISTICA** conseguito il **4/03/2017** presso **UNIVERSITA' TOR VERGATA ROMA** con votazione **80/110** di essere iscritto al n. **6656** dell'Albo o elenco **INFERMIERI PROFESSIONALI** tenuto da **Pubblica Amministrazione IPASVI** di **FROSINONE** a decorrere da **14/03/2017**
6. di appartenere all'ordine professionale **DEGLI INFERMIERI**.
7. di essere in possesso dei seguenti titoli \_\_\_\_\_
8. che il numero di codice fiscale è il seguente: **PTRMNL90S24I838K**
9. che il numero di partita IVA è il seguente: \_\_\_\_\_
10. di essere nel pieno godimento dei diritti politici e civili;
11. di non essere in stato di fallimento o di interdizione o di inabilitazione
12. 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;
13. 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, \_\_\_\_\_

24/11/2017

Il dichiarante

