

Allegato n. 1 - Curriculum

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto VALENTE FABIO		
Nato/a a	Prov.CS	11/04/01/1980
Nazionalità ITALIANA		
Residente a		Prov.
Via		
Telefono	e-mail fabiovalente1980gmail.com	

ai sensi degli artt. 46, 47 e 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

di essere in possesso dei seguenti titoli:

**Esperienze lavorative**

**Esperienza professionali specifiche**

***Indicare soltanto le esperienze professionali pertinenti al profilo o ai contenuti dell'insegnamento previsti dal bando***

***Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.***

***Inserire un riquadro per ogni esperienza***

Date (da – a)	01/02/2007 - in corso
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
attività libero professionale <b><i>Specificare in studio privato oppure presso Aziende, Istituti ecc.</i></b>	
Tipo di azienda o settore	PUBBLICO

Tipo di impegno <b>Specificare se a tempo pieno o tempo parziale; in questo caso specificare la percentuale di impegno</b>	Tempo pieno
Ruolo, mansioni e responsabilità	Infermiere

Date (da – a)	16/07/2005 – 31/01/2007
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ALTRE AZIENDE OSPEDALIERE – USL 11 EMPOLI – –
attività libero professionale <b>Specificare in studio privato oppure presso Aziende, Istituti ecc.</b>	
Tipo di azienda o settore	Pubblico
Tipo di impegno <b>Specificare se a tempo pieno o tempo parziale; in questo caso specificare la percentuale di impegno</b>	Tempo pieno
Ruolo, mansioni e responsabilità	Infermiere

Date (da – a)	27/02/2005 – 15/07/2005
Nome e indirizzo del datore di lavoro	r.s.a villa serena montaione
attività libero professionale <b>Specificare in studio privato oppure presso Aziende, Istituti ecc.</b>	
Tipo di azienda o settore	Privato
Tipo di impegno <b>Specificare se a tempo pieno o tempo parziale;</b>	Pieno

<b><i>in questo caso specificare la percentuale di impegno</i></b>	
Ruolo, mansioni e responsabilità	Infermiere

**Docenze universitarie**

Università	Degli Studi di firenze	
Corso di studio	Laurea in	infermieristica
	Laurea Magistrale/speciali stica in	
	Specializzazione in	
	Dottorato in	
	Master I livello in	
	Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)	Infermieristica nella cronicita' e disabilita	
Anno accademico	2018-2019	
CFU	2	
Settore Scientifico Disciplinare	Infermieristica nella cronicita' e disabilita	

Università	Degli Studi di firenze	
Corso di studio	Laurea in	infermieristica
	Laurea Magistrale/speciali stica in	
	Specializzazione in	
	Dottorato in	
	Master I livello in	
	Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)	Infermieristica nella cronicita' e disabilita	
Anno accademico	2017-2018	
CFU	2	
Settore Scientifico Disciplinare	Infermieristica nella cronicita' e disabilita	

Università	Degli Studi di firenze	
Corso di studio	Laurea in	infermieristica

		Laurea Magistrale/speciali stica in	
		Specializzazione in	
		Dottorato in	
		Master I livello in	
		Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)		Infermieristica nella cronicita' e disabili	
Anno accademico		2016-2017	
CFU		2	
Settore Scientifico Disciplinare		Infermieristica nella cronicita' e disabili	

Università		Degli Studi di firenze	
Corso di studio		Laurea in	infermieristica
		Laurea Magistrale/speciali stica in	
		Specializzazione in	
		Dottorato in	
		Master I livello in	
		Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)		Deontologia	
Anno accademico		2015-2016	
CFU		2	
Settore Scientifico Disciplinare		Scienze infermieristiche	

Università		Degli Studi di Firenze	
Corso di studio		Laurea in	Infermieristica
		Laurea Magistrale/speciali stica in	

		Specializzazione in	
		Dottorato in	
		Master I livello in	
		Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)		Attività professionalizzanti III	
Anno accademico		2014-2015	
CFU			
Settore Scientifico Disciplinare		Attività professionalizzanti III	

Università		Degli Studi di Firenze	
Corso di studio		Laurea in	Infermieristica
		Laurea Magistrale/speciale in	
		Specializzazione in	
		Dottorato in	
		Master I livello in	
		Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)		<i>attività didattiche elettive: gestione presidi complessi</i>	
Anno accademico		2013-2014	
CFU			
Settore Scientifico Disciplinare		ATTIVITA' DI LABORATORIO II anno	

Università		Degli Studi di Firenze	
Corso di studio		Laurea in	Infermieristica
		Laurea Magistrale/speciale in	
		Specializzazione in	
		Dottorato in	
		Master I livello in	
		Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)		<i>attività didattiche elettive: gestione presidi complessi</i>	

didattica/modulo)		<i>complessi</i>
Anno accademico		2012-2013
CFU		
Settore Scientifico Disciplinare		ATTIVITA' DI LABORATORIO II anno

Università	Degli Studi di Firenze	
Corso di studio	Laurea in	Infermieristica
	Laurea Magistrale/speciali stica in	
	Specializzazione in	
	Dottorato in	
	Master I livello in	
	Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)	<i>attività didattiche di laboratorio: "MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO"</i>	
Anno accademico	2010-2011	
CFU		
Settore Scientifico Disciplinare	ATTIVITA' DI LABORATORIO II anno	

Università	Degli Studi di Firenze	
Corso di studio	Laurea in	Infermieristica
	Laurea Magistrale/speciali stica in	
	Specializzazione in	
	Dottorato in	
	Master I livello in	
	Master II livello in	
Insegnamento (unità didattica/modulo)	<i>attività didattiche di laboratorio: PRELIEVO ARTERIOSO"</i>	
Anno accademico	2009-2010	
CFU		
Settore Scientifico Disciplinare	ATTIVITA' DI LABORATORIO II anno	

**Docenze presso altri enti**

***Indicare soltanto le esperienze professionali pertinenti al profilo o ai contenuti dell'insegnamento previsti dal bando (non sono da inserire relazioni nell'ambito di congressi)***

Nome e indirizzo dell'Ente presso il quale si è erogato il corso	Corso oss AAB 400 ore Agenzia per la formazione usl centro
Titolo dell'evento formativo	Bioetica e deontologia
Principali contenuti della docenza effettuata	
Anno	2017
Durata in ore	10

Nome e indirizzo dell'Ente presso il quale si è erogato il corso	Corso oss AAB 400 ore Agenzia per la formazione usl centro
Titolo dell'evento formativo	Bioetica e deontologia
Principali contenuti della docenza effettuata	
Anno	2018
Durata in ore	10

**Istruzione e formazione****Titoli universitari****(laurea, laurea magistrale/specialistica, specializzazione, dottorato, master universitario)****Iniziare con le informazioni più recenti****Inserire un riquadro per ogni titolo**

Titolo conseguito		Laurea in	infermieristica
		Laurea Magistrale/speciali stica in	
		Specializzazione in	
		Dottorato in	
		Master I livello in	
		Master II livello in	
Data di conseguimento		Dicembre 2004	
Conseguito presso		Università studi firenze	
Voto di diploma		107/110	

Titolo conseguito		Laurea in	
		Laurea Magistrale/speciali stica in	
		Specializzazione in	
		Dottorato in	
		Master I livello in	MANAGEMENT PER LA FUNZIONI DI COORDINAMENTO INFERMIERISTICO, OSTRETICA E PEDIATRICA
		Master II livello in	
Data di conseguimento		Aprile 2007	
Conseguito presso		Universita'studi di firenze	
Voto di diploma		110/110 e lode	

**Altri titoli formativi**

**(corsi di perfezionamento/aggiornamento erogati da università, corsi ECM, corsi erogati da altri enti)**

**Indicare soltanto le esperienze formative pertinenti al profilo richiesto dal bando**

**Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascuna esperienza formativa.**

**Inserire un riquadro per ogni esperienza formativa**

Titolo del corso	P . B . L . S .
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2006
Durata in ore	9
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	Usl 11 empoli
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	9

Titolo del corso	SCOMPENSO CARDIACO . PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI OSPEDALE - TERRITORIO
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2006
Durata in ore	5
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	Usl 11 empoli
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	EVIDENCE BASED NURSING E PERCORSI ASSISTENZIALI
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2006

Durata in ore	5
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	Usl 11 empoli
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>BLS</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2007
Durata in ore	10
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	Usl 11 empoli
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	10

Titolo del corso	<i>ECLS: SUPPORTO CARDIOCIRCOLATORIO INDICAZIONI, APPLICAZIONE, GESTIONE, RISULTATI</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2008
Durata in ore	6
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	6

Titolo del corso	<i>ASSISTENZA DEL PAZIENTE POST-INTENSIVO</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2009
Durata in ore	6
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	6

Titolo del corso	<i>XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI. INFERMIERE: VALORI, INNOVAZIONE E PROGETTUALITA\ ' PER L\ 'ASSISTENZA ALLA PERSONA</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2010
Durata in ore	24
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	IPASVI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	12

Titolo del corso	<i>EMODINAMICA: DAL CENTRO ALLA PERIFERIA</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2010
Durata in ore	5
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha</b>	Si

<b>previsto una verifica finale</b>	
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>BASIC LIFE SUPPORT-DEFIBRILLATION ESECUTORE (BLS)</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2011
Durata in ore	8
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	12

Titolo del corso	<i>PICC TEAM AZIENDALE:STORIA, SVILUPPO E PROSPETTIVE FUTURE</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2012
Durata in ore	3
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	3

Titolo del corso	<i>PREHOSPITAL TRAUMA CARE- MODULO BASE</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2012
Durata in ore	9
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI

Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	12

Titolo del corso	<i>A.L.S ADVANCED LIFE SUPPORT</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2012
Durata in ore	21
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	26

Titolo del corso	<i>PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE PAZIENTI IN OSPEDALE.IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE MONITORAGGIO DEL RISCHIO ED EVENTI AVVERSI</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2013
Durata in ore	77
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	50

Titolo del corso	<i>PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRELATO AI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E GESTIONE IN SICUREZZA DEI PROCESSI TERAPEUTICI</i>
Periodo di svolgimento	2014

<b>da/a</b>	
Durata in ore	70
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	46

Titolo del corso	<i>Formazione generale per lavoratorim dlgs 81/08</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2016
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>Movimenti manuali dei pazienti</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2016
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>Rischio biologico</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2016
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>Rischio chimico</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2016
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>Prevenzionedellacorruzione trasparenza e integrita.codice etico di comportamento</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2016
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica</b>	Si

<b>finale</b>	
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>Movimentazione manuale dei carichi</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2017
Durata in ore	3
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>Rischio chimico formaldeide</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2017
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>Formazione generale per lavoratorim dlgs 81/08</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2017
Durata in ore	10
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale	Si

<b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	
ECM acquisiti	12

Titolo del corso	<i>MOVimentazione manuale dei carichi</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2018
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>Alcol e lavoro</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2018
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>RISK FORUM</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2018
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato	GUTENBERG

il corso	
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	4

Titolo del corso	<i>FORUM 2018 MEDITERANNEO IN SANITA</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2018
Durata in ore	20
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	GUTENBERG
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	15

Titolo del corso	<i>Formazione generale per lavoratorim dlgs 81/08</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2016
Durata in ore	8
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	OPI FI PT
Verifica finale <b>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</b>	Si
ECM acquisiti	14

Titolo del corso	<i>GESTIONE PAZIENTE IN EPA</i>
Periodo di svolgimento <b>da/a</b>	2018

Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	OPI FI PT RESPONSABILE SCIENTIFICO
Verifica finale <i>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</i>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>FESTIVAL ROBOTICA</i>
Periodo di svolgimento <i>da/a</i>	2018
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA
Verifica finale <i>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</i>	Si
ECM acquisiti	5

Titolo del corso	<i>TASSONOMIE NNN DELL' ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ITALIA</i>
Periodo di svolgimento <i>da/a</i>	2018
Durata in ore	8
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	CASA EDITRICE AMBROSIANA
Verifica finale <i>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</i>	Si
ECM acquisiti	10

<b>Albi e ORDINE</b>		
Specificare Albo professionale		ORDINE PROFESSIONE INFERMIERISTICHE
Provincia		Firenze-pistoia
Data di iscrizione		2004
numero		
CONSIGLIO DIRETTIVO OPI		DAL 2018/ 2021 MEMBRO CONSIGLIO DIRETTIVO ORDINE PROFESSIONE INFERMIERISTICHE

**Elenco delle pubblicazioni scientifiche**

*Riportare separatamente indicando, per ciascuna di esse, l'elenco completo degli autori, il titolo, la pubblicazione (rivista, libro, atti congressuali), anno, volume, pagina della pubblicazione, editore.*

- **Abstract in atti congressuali**
- **Pubblicazioni in esteso**
- **Monografie o capitoli di libri**

**Capacità e competenze personali**

*Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.*

Madrelingua

**ITALIANA**

Altre lingua

**INGLESE**

• Capacità di lettura

[ Indicare il livello: elementare. ]

• Capacità di scrittura

[ Indicare il livello: elementare. ]

• Capacità di espressione orale

[ Indicare il livello:elementare. ]

**Ulteriori informazioni**

[ Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc. ]

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione e/o uso di atti falsi di cui all'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere disposta dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto precisa l'assenza di interessi commerciali in ambito sanitario

**Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità <sup>(1)</sup>.**

.....  
(luogo e data)

Il dichiarante<sup>(2)</sup> .....

**Note per la compilazione:**

(1) La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione.

(2) La firma, da apporre per esteso ed in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione.