

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

redatto in forma di **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_PUCCI\_\_\_\_ \_\_\_\_\_VALENTINA\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Prov.\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità e che le eventuali fotocopie di titoli allegati sono conformi all'originale.

### **DICHIARA di essere in possesso dei seguenti titoli:**

(la dichiarazione resa, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione di quanto si dichiara)

### **TITOLI DI STUDIO**

#### **A) Elencare titoli di studio/abilitazioni professionali, lauree, specializzazioni, dottorati, master ecc:**

Titolo di studio	Conseguito il	Presso
LAUREA TRIENNALE L/SNT1	21/11/2016	SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DI BOLOGNA
LAUREA MAGISTRALE LM/SNT1	17/04/2019	SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DI BOLOGNA
Master UNIVERSITARIO in infermieristica in area critica	30/06/2022	SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DI BOLOGNA
MASTER UNIVERSITARIO IN CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO	14/09/2023	SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DI BOLOGNA

*aggiungere righe in caso di necessità*

#### **B) Iscrizione ad Ordini Professionali/Albi Professionali**

*(indicare anche le iscrizioni precedenti all'attuale):*

Ordine Professionale/ Albo Professionale	Numero	Dal	Sede legale
OPI BOLOGNA	11685	16/01/2017	BOLOGNA

*aggiungere righe in caso di necessità*

**CURRICULUM PROFESSIONALE****C) Attività lavorativa svolta presso il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) e altre Pubbliche Amministrazioni:**

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti per datori di lavoro privati o mediante intermediari con, ad esempio, agenzie interinali / cooperative / altro, che possono essere dichiarate nella sezione dedicata)

	Datore di lavoro (Ente)	data di inizio	data di cessazione	Indicare se:	Qualifica	Impegno orario settimanale
1	Policlinico Sant'Orsola Malpighi	01/10/2019	19/04/2023	dipendente a tempo indeterminato	INFERMIERE	36
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)	/	/	Motivo: /		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	01/10/2019-15/02/2022 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E NEONATOLOGIA 16/02/2022 AD OGGI POLIAMBULATORI SPECIALISTICI				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	DA NOVEMBRE 2022 INCARICO DI FUNZIONE DI REFERENTE ORGANIZZATIVO DEI POLIAMBULATORI SPECIALISTICI				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	PRESA IN CARICO, GESTIONE DEL PERCORSO ED ASSISTENZA DEL NEONATO CRITICO, FISIOLOGICO E CRONICO; ESECUZIONE DI STEN (SERVIZIO TRASPORTO IN EMERGENZA DEL NEONATO CRITICO). CASEMANAGER TRASVERSALE DI PERCORSO: CENTRO DEMEZE E DISTURBI COGNITIVI, REUMATOLOGIA PERCORSI E SALA INFUSIONI, CENTRO MALATTIE EMORRAGICHE CONGENITE, SCOMPENSO CARDIACO, TRAPIANTI EPATICI ED EPATOPATIE, ALCOLOGIA.				

	Datore di lavoro (Ente)	data di inizio	data di cessazione	Indicare se:	Qualifica	Impegno orario settimanale
2	Azienda Ospedaliera di Padova	11/05/2018	30/09/2019	dipendente a tempo indeterminato	INFERMIERE	36
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)	/	/	Motivo: /		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E NEONATOLOGIA				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	/				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	ASSISTENZA DEL NEONATO CRITICO E FISIOLOGICO; EFFETTUAZIONE STEN (SERVIZIO TRASPORTO IN EMERGENZA DEL NEONATO CRITICO).				

	Datore di lavoro (Ente)	data di inizio	data di cessazione	Indicare se:	Qualifica	Impegno orario settimanale
3						

AUSL ROMAGNA	06/02/2018	28/03/2018	dipendente a tempo determinato	INFERMIERE	36
<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)	/	/	Motivo: /		
<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	MEDICINA				
<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	/				
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	ASSISTENZA E GESTIONE DEL PAZIENTE MULTIMORBICO				

**D) Attività lavorativa svolta mediante intermediari privati (es. agenzie interinali / coop / altri) esclusivamente in favore di Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale o altre Pubbliche Amministrazioni:**

	Datore di lavoro	Ente dove viene svolta l'attività lavorativa	data di inizio	data di cessazione	Indicare se:	Qualifica	Impegno orario
<b>1</b>	RANDSTAD IMOLA	AUSL IMOLA	08/01/2018	31/01/2018	dipendente a tempo determinato	INFERMIERE	36
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)		/	/	Motivo: /		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		LUNGODEGENZA				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		ASSISTENZA A PAZIENTE MULTIMORBICO				

	Datore di lavoro	Ente dove viene svolta l'attività lavorativa	data di inizio	data di cessazione	Indicare se:	Qualifica	Impegno orario
<b>2</b>	RANDSTAD IMOLA	MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE	22/12/2017	07/01/2018	dipendente a tempo determinato	INFERMIERE	36
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)		/	/	Motivo: /		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		UNITA' SPINALE				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		ASSISTENZA A PAZIENTE MIELOLESO				

	<b>Datore di lavoro</b>	<b>Ente dove viene svolta l'attività lavorativa</b>	<b>data di inizio</b>	<b>data di cessazione</b>	<b>Indicare se:</b>	<b>Qualifica</b>	<b>Impegno orario</b>
<b>3</b>	RANDSTAD IMOLA Via Giuseppe Saragat, 21 40026 Imola (BO)	AUSL IMOLA	29/05/2017	30/09/2017	dipendente a tempo determinato	INFERMIERE	36
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)		/	/	Motivo: /		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		Pediatria – Pronto soccorso Pediatrico – Patologia Neonatale				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		ASSISTENZA A PAZIENTE PEDIATRICO E NEONATO				

	<b>Datore di lavoro</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>Ente dove viene svolta l'attività lavorativa</b> denominazione dell'Ente, sede, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b>	<b>Qualifica</b>	<b>Impegno orario</b>
<b>4</b>	RANDSTAD SAN LAZZARO Via Risorgimento, 11 40068 San Lazzaro di Savena (BO)	CASA DI CURA VILLA ERBOSA	03/05/2017	23/05/2017	dipendente a tempo determinato	INFERMIERE	36
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)		/	/	Motivo: /		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		MEDICINA RIABILITATIVA E LUNGODEGENZA				
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:		ASSISTENZA A PAZIENTE MULTIMORBICO				

	<b>Datore di lavoro</b>	<b>Ente dove viene svolta l'attività lavorativa</b>	<b>data di inizio</b>	<b>data di cessazione</b>	<b>Indicare se:</b>	<b>Qualifica</b>	<b>Impegno orario</b>
<b>5</b>	RANDSTAD CASTEL MAGGIORE Via pio la Torre, 1 40013 Castel Maggiore (BO)	AUSL BOLOGNA	30/01/2017	15/03/2017	dipendente a tempo determinato	INFERMIERE	36
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)		/	/	Motivo: /		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>		LUNGODEGENZA				

Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	ASSISTENZA A PAZIENTE MULTIMORBICO
--	------------------------------------

## **CURRICULUM FORMATIVO**

**E) Attività di Relatore / Docente / Tutor / Moderatore / Segreteria Scientifica nell'ambito di eventi formativi e/o di aggiornamento professionale:**

	<b>Ente organizzatore</b> dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	<b>Tipologia evento</b> (es. Corso, Convegno, Seminario)	<b>Titolo</b> dell'evento formativo	<b>Data / date (gg/mm/aa) e durata</b> espressa in ore / giornate	<b>Ruolo</b> (Relatore, Moderatore ecc.)	<b>Numero di ECM</b> eventualmente conseguiti
1.	POLICLINICO SANT'ORSOLA MALPIGHI BOLOGNA	CORSO	INFEZIONI OSPEDALIERE E GESTIONE CVC IN AMBITO NEONATALE	17/12/2020	RELATORE/ DOCENTE	4

## **F) PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI**

Elencare in ordine cronologico i singoli titoli degli articoli/capitoli/abstract ecc., gli estremi della rivista, gli autori avendo cura di evidenziare il proprio nome, l'anno di pubblicazione, allegando copia di ciascun lavoro nel medesimo ordine.

I lavori non allegati non potranno essere valutati.

1 Benini, S, **Pucci, V**, Descovich, C. Healthcare professionals' confidence with gender medicine: a qualitative study. Ital J Gender-Specific Med **2021**;7(3):148-154. doi 10.1723/3673.36593

2 Ingravallo, F, de Nooijer, K, **Pucci, V**, et al. Discussions about palliative sedation in hospice: Frequency, timing and factors associated with patient involvement. Eur J Cancer Care. **2019**; 28:e13019.  
<https://doi.org/10.1111/ecc.13019>

## **G) ULTERIORI INFORMAZIONI**

### **Capacità e competenze informatiche:**

*Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite*

BUONA PADRONANZA DEI SISTEMI INFORMATICI AD USO IN AZIENDA (EVISIT, ISES, DN WEB/LUM PORTALE GRU, ZIMBRA).

OTTIME CAPACITA' NELL'UTILIZZO DEL PACCHETTO OFFICE

### **Lingue Straniere:**

*Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza*

INGLESE B2

FRANCESE C1

### **Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili**

STO PARTECIPANDO AD UN PROGETTO DELL'OPI DI BOLOGNA, EVIDENCE WARRIORS, CHE PUNTA A

COMMENTARE, CONTESTUALIZZARE E CREARE NUOVE EVIDENZE SCIENTIFICHE SPECIFICHE PER LA  
PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Data\_\_26/10/23 BOLOGNA\_\_\_\_\_