

Italiano

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **MANGIAROTTI KATIA**

Indirizzo

Telefono

E-mail

Nazionalità

Data di nascita

Sesso

ESPERIENZA LAVORATIVA

- 2014-attualmente
 - Nome e indirizzo datore di lavoro In Cammino Società Cooperativa sociale ONLUS
 - Tipo di azienda o settore Hospice – Cure palliative domiciliari
 - Tipo di impiego Coordinatrice infermieristica
- Principali mansioni e responsabilità Coordinamento dell'UCP domiciliare
 - 2002-2013
- Nome e indirizzo datore di lavoro In Cammino Società Cooperativa sociale ONLUS
- Tipo di azienda o settore Hospice – Cure palliative domiciliari
- Tipo di impiego Infermiera
- Principali mansioni e responsabilità Assistenza infermieristica
 - novembre 2000-2001
- Nome e indirizzo datore di lavoro Casa di cura S. Rita
- Tipo di azienda o settore Sanitario
- Tipo di impiego Infermiera professionale
- Principali mansioni e responsabilità Assistenza infermieristica reparto medicina/cardiologia
 - aprile – novembre 2000
- Nome e indirizz datore di lavoro Istituto Geriatrico C. Golgi
- Tipo di azienda o settore Socio-sanitario
- Tipo di impiego Infermiera professionale
- Principali mansioni e responsabilità Assistenza infermieristica ai malati di Alzheimer
 - 1995-2000
- Nome e indirizzo datore di lavoro In Cammino Società Cooperativa sociale ONLUS
- Tipo di azienda o settore Hospice – Cure palliative domiciliari
- Tipo di impiego Infermiera professionale
- Principali mansioni e responsabilità Assistenza malati terminali

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• 2010-2011	IULM
• Nome e tipo di istituto di formazione	"Coordinamento delle professioni sanitarie" Master universitario di primo livello
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
• Qualifica conseguita	
• 2008	
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Scuola di naturopatia (Istituto RIZA, Milano)
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	naturopatia
• Qualifica conseguita	Diploma di Naturopata
• 2003-2004	
• Nome e tipo di istituto di formazione	Università degli Studi di Milano
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Cure palliative al termine della vita.
• Qualifica conseguita	Master universitario di primo livello
• 1995-1996	
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Istituto L. da Vinci, Vigevano
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Ragioniere e Perito Commerciale
• Qualifica conseguita	Diploma
• 1993-1994	
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Scuola per Infermieri Professionali di Abbiategrasso – sez. coordinata di Magenta (MI)
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Tecniche infermieristiche
• Qualifica conseguita	Diploma di Infermiere Professionale
CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI	
MADRELINGUA	ITALIANO
ALTRA LINGUA	INGLESE
INGLESE	
• Capacità di lettura	Scolastico
• Capacità di scrittura	Scolastico
• Capacità di espressione orale	Scolastico
CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI	Capacità di ascolto e relazione con malati e caregiver. Abilità comunicative nel lavoro d'equipe. Capacità d'interazione con gruppo di lavoro e con i diversi professionisti. Gestione delle riunioni. Governare dell'informazione e comunicazione agli utenti
CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE	Capacità organizzative e di risoluzione delle problematiche inerenti l'attività lavorativa Capacità di gestire i cambiamenti organizzativi per soddisfare gli obiettivi aziendali
CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE. PATENTE O PATENTI	Buone capacità nell'utilizzo del Pc e delle principali applicazioni di windows Patente B

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003 n°196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Luogo e data

Abbategrasso, 23/09/2024
1204/2021 MC



Cognome..... MANGIAROTTI
Nome..... KATIA
nato il..... 03/12/1975
(atto n..... 482 P..... 1. S..... A.....)
a..... ABBIATEGRASSO (MI).....)
Cittadinanza..... ITALIANA
Residenza..... ABBIATEGRASSO (MI)
Via..... DA VINCI L. Nr.4
Stato civile..... Di Stato Libero
Professione..... INFERMIERE/A
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura..... 1,60
Capelli..... Castani
Occhi..... Castani
Segni particolari.....

Firma del titolare..... *Katia Mangiarotti*
ABBIATEGRASSO (MI) 28/04/2014
IL SINDACO
L'ORDINE DEL SINDACO
COLOMBELLI AUDIO
impronta del dito indice sinistra.....
Bollini Ser. F. 5,25
Diritti 5,16

SCHEDA PER DATI ANAGRAFICI
(PARTECIPANTE/DOCENTE/RELATORE/TUTOR)D.P. INFERMIERA DI CURA PALLIATIVE M.O.E.S.
TITOLO

Si prega di compilare il presente modulo IN STAMPATELLO

COGNOME* MANGIAROTTINOME* KATIACODICE FISCALE* MNGKTA75T43A010QNATO/A IL* 03/12/1975A* ABBIATEGRASSOProv.* MIResidente: * ABBIATEGRASSOVia MONTEROSA 44/46Città ABBIATEGRASSOC.A.P. 20081Prov. MI

Telefono _____

Cellulare 3939986792E - MAIL* KMANGIAROTTI@HOSPICEDIABBIATEGRASSO.ITPROFESSIONE* INFERMIERADISCIPLINA* (per Medici/Psicologi/Farmacisti)

RAPPORTO DI LAVORO*

 DIPENDENTE SSN/PA MEDICO SPECIALIZZANDO ALTRO DIPENDENTE STRUTTURA PRIVATA STUDENTE LIBERO PROFESSIONISTA VOLONTARIO CONVENZIONATO PRIVO DI OCCUPAZIONE

Indirizzo Azienda/Ospedale/Ente *

Ente HOSPICE DI ABBIATERGRASSO - IN CAMMINO COOP. SOC. ONLUSvia DEI MILLE 8/10Città ABBIATEGRASSOC.A.P. 20081Prov. MI

Telefono (interno reparto) _____

Fax _____

E - MAIL _____

**I CAMPI CONTRASSEGNA TI CON (*) SONO DA CONSIDERARSI OBBLIGATORI PER
CONSENTIRE IL RILASCIO DEI CREDITI ECM**

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali AUTORIZZO il personale operante presso l'ASST, ciascuno per la propria parte di competenza, al trattamento dei miei dati personali, con mezzi elettronici/cartacei, per le registrazioni relative all'iniziativa formativa sopra indicata ed alle iniziative formative in seguito promosse, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, consapevole che un mio eventuale rifiuto sarebbe causa di impedimento per l'ASST di perseguire le finalità sopra citate.

DATA 20/08/2024Firma* Katia Mangiarotti
Katia Mangiarotti**ALLEGARE FOTOCOPIA CARTA IDENTITA'**