



CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

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

Il/La sottoscritta MONTI LUCIA
(cognome) (nome)

nato a _____ Prov. FC il 07/02/1985

residente a _____ CAP _____ Prov. _____

via _____ n. _____

Telefoni _____

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 (indicare denominazione esatta, classe di laurea, durata legale del corso di studi)	Conseguito il (gg/mm/aa)	Presso (indicare Scuola/Università/Ente e sede legale)
Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia Classe n. 46/S delle Lauree Specialistiche in Medicina e Chirurgia - 6 anni ciclo unico	23/03/2018	Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti Pescara
Laurea in Scienze Biologiche Classe delle Lauree n. 12 – Scienze Biologiche – 3 anni	23/07/2008	Alma Mater Studiorum Università di Bologna

B) Iscrizione ad Ordini Professionali/Albi Professionali

(indicare anche le iscrizioni precedenti all'attuale):

Ordine Professionale/ Albo Professionale	Numero	Dal (gg/mm/aa)	Sede legale (indicare città):
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri	5084	24/07/2018	Forlì-Cesena

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) Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica Es. dirigente medico di	Impegno orario settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	A.U.S.L. Della Romagna	07/11/2019	25/01/2021	Convenzionato a Tempo Determinato	Medico di Continuità assistenziale – Emergenza Territoriale	38
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	Pronto Soccorso Ospedale Morgagni Pierantoni Forlì, 118 ambito di Forlì				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (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:	Individuazione precoce e gestione delle emergenze ed urgenze, medico di sala emergenza e 118					

	Datore di lavoro (Ente) Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica Es. dirigente medico di	Impegno orario settimanale indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	A.U.S.L. Della Romagna	07/01/2019	06/11/2019	Libero Professionista	Medico LP di Pronto Soccorso	38
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività	Pronto Soccorso Ospedale Morgagni Pierantoni Forlì				
	Incarichi di responsabilità ricoperti (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:	Gestione di pazienti con patologie urgenti e non urgenti triagate nei codici colore Giallo Verde e Bianco					

D) Attività lavorativa svolta presso Case di Cura / Strutture sanitarie convenzionate o accreditate con il SSN:

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti per datori di lavoro privati non convenzionati/accreditati, che possono essere dichiarati nelle sezioni seguenti)

	Datore di lavoro Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività lavorativa se diversa dalla sede legale - via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica Esempio: dirigente medico di	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1							
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività						
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

segue **CURRICULUM PROFESSIONALE**

E) 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 Denominazione, Sede legale, via, città	Ente dove viene svolta l'attività lavorativa denominazione dell'Ente, sede, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	Qualifica Es dirigente medico di	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1							
	Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
	Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività						
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

Ripetere lo schema per ogni altro rapporto di lavoro

F) Attività lavorativa svolta presso altre strutture private (l'attività lavorativa presso Case di Cura / strutture convenzionate / accreditate va riportata nella sezione D)

1	Datore di lavoro Denominazione esatta, Sede legale, via, città	Azienda dove viene svolta l'attività lavorativa	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo	Qualifica Es.: dirigente medico di	Impegno orario indicare numero delle

	se diversa dal datore, via, città			determinato - libero professionista - CoCoCo		ore settimanali (ove previsto)
Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività						
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

segue **CURRICULUM PROFESSIONALE**

G) Incarichi di Docenza per Centri di Formazione autorizzati, Scuole/Istituti scolastici pubblici/riconosciuti, Università (riportare in ordine cronologico):

	Centro formativo/Scuola/Università Denominazione, Sede legale, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data fine (gg/mm/aa)	Indicare numero di anni scolastici/anni accademici interessati	Impegno orario complessivo	Materia di insegnamento
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

aggiungere righe in caso di necessità

CURRICULUM FORMATIVO

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

Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario)	Titolo dell'evento formativo	Data / date (gg/mm/aa) e durata espressa in ore / giornate	Ruolo (Relatore, Moderatore ecc.)	Numero di ECM eventualmente conseguiti

1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

segue **CURRICULUM FORMATIVO**

I) Partecipazione in qualità di **discente / **uditore** ad eventi formativi e/o di aggiornamento professionale (es. corsi/convegni/seminari):**

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario ecc.)	Titolo dell'evento formativo	Data/date (gg/mm/aa) di svolgimento e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1.	S.I.M.I.	Corso	Corso di ecografia di I Livello Point Of Care	04/05/2022	Non conseguiti in quanto medico in formazione specialistica
2.	S.I.M.E.U	Corso	Gestione dello shock settico in pronto soccorso e medicina d'urgenza	13-15 maggio 2022	Non conseguiti in quanto medico in formazione specialistica
3.	S.I.M.E.U.	Congresso	XII Congresso Nazionale S.I.M.E.U.	13-15 maggio 2022	Non conseguiti in quanto medico in formazione specialistica
4.	S.I.M.I.	Congresso	L'internista di fronte alle malattie reumatiche: il ruolo della clinica e dell'ecografia	18/06/2022	Non conseguiti in quanto medico in formazione specialistica

5.	G.I.T.M.O.	Corso	Corso educativo Urgenze- Emergenze in Ematologia	22-24 novembre 2022	Non conseguiti in quanto medico in formazione specialisti- ca
6.	S.I.M.I.	Congresso	123° Congresso Nazionale S.I.M.I.	21-23 ottobre 2022	Non conseguiti in quanto medico in formazione specialisti- ca
7.	American Heart Association	Corso	ACLS	02/12/2021	Non conseguiti in quanto medico in formazione specialisti- ca
8.	American Heart Association	Corso	BLS	25/11/2021	Non conseguiti in quanto medico in formazione specialisti- ca
9.	American College of Surgeons	Corso	ATLS	22-24 ottobre 2020	35.2
10.	A.U.S.L. Della Romagna	Corso	Idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale	20/08/2019 al 18/12/2019	50
11.	A.U.S.L. Della Romagna	Corsi	Corsi FAD+ Corsi in presenza (vedi allegato nella voce: ALTRA DOCUMENTAZIONE)	Anno 2019/20	98

J) Attività tramite Borsa di studio / Frequenza volontaria / Tirocinio:

	Ente conferente Denominazione, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività – se Ente diverso dal conferente Denominazione dell'Ente Sede, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1						
	Ambiti in cui l'attività è stata svolta, principali mansioni, responsabilità, capacità e competenze acquisite					

Ripetere lo schema per ogni altra attività

K) 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
2
3
4
5
6
7
8
9
10

aggiungere righe in caso di necessità

L) ULTERIORI INFORMAZIONI

Capacità e competenze informatiche:

Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite

Buona capacità di utilizzo del pacchetto Office di Windows

Buona capacità nella navigazione in internet

Lingue Straniere:

Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza

Inglese Scritto: B2

Inglese Parlato: B2

Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili

Data 19/09/2023

FIRMA
Monti Lucia