

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	SIMONA MOR
Data di nascita	07.06.1984
Qualifica	COORDINATORE INFERMIERISTICO
Telefono Ufficio	0263632414-2316
Fax Ufficio	
E-mail istituzionale	Simona.mor@asst-fbf-sacco.it

ESPERIENZA LAVORATIVA

- | | |
|---|--|
| • Date (da – a) | Da Gennaio 2008 ad oggi |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | Ospedale Fatebenefratelli |
| • Tipo di azienda o settore | ASST FBF SACCO BUZZI presso il reparto di Terapia Intensiva del PO.Fatebenefratelli |
| • Tipo di impiego | DA NOVEMBRE 2023 INFERMIERE-REFERENTE COORDINATORE U.O. RIANIMAZIONE.
DA DICEMBRE 2025 COORDINATORE INFERMIERISTICO U.O. RIANIMAZIONE |

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- | | |
|---|---|
| • Date (da – a) | 2004 - 2007 |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione | Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Genova |
| • Qualifica conseguita | Laurea in Infermieristica |
| • Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) | |

**CAPACITÀ E
COMPETENZE**

certificati e diplomi

ufficiali.

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da

CAPACITÀ DI
UTILIZZARE GLI

STRUMENTI AD ALTA TECNOLOGIA ~~NECESSARI~~ PER LA
PRATICA ASSISTENZIALE (MONITOR, DEFIBRILLATORI, POMPE
INFUSIONALI, VENTILATORI ,MACCHINE DA DIALISI ECOGRAFO)
UTILIZZO PC (PACCHETTO OFFICE – IWORK)

MADRELINGUA

ITALIANA

ALTRE LINGUA

	Inglese
• Capacità di lettura	BUONA
• Capacità di scrittura	BUONA
• Capacità di espressione orale	BUONA

**CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE**

*Con computer, attrezzature
specifiche, macchinari, ecc.*

Windows (Pacchetti applicativi: Microsoft Office)

PATENTE O PATENTI

B

ALLEGATI

DISPONIBILI SU RICHIESTA ELENCHI PUBBLICAZIONI E PARTECIPAZIONI A CORSI DI AGGIORNAMENTO
E CONGRESSI

IL sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 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 GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

LUOGO Milano

DATA

NOME COGNOME

Simona Mor