

Curriculum vitae

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/a RIDOLFI LORENZO		
Nato/a a [REDACTED]	Prov. [REDACTED]	il [REDACTED]
Nazionalità [REDACTED]		
Residente a [REDACTED]		Prov. [REDACTED]
Via BRUNO [REDACTED]		n. [REDACTED]
Telefono [REDACTED]	e-mail [REDACTED]	

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)	Giugno 2019 - Aprile 2020
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Studio Auxilium
attività libero professionale Specificare in studio privato oppure presso Aziende, Istituti ecc.	
Tipo di azienda o settore	Carcere di Sollicciano

Tipo di impegno Specificare se a tempo pieno o tempo parziale; in questo caso specificare la percentuale di impegno	Tempo pieno
Ruolo, mansioni e responsabilità	Infermiere. Preso in carico del detenuto con articolo psichiatrico in ATSM. Assistenza infermieristica di base. Lavoro di equipe con Psichiatri, Psicologi ed Educatori professionali.

Date (da – a)	Aprile 2020 - Novembre 2020
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Orienta
attività libero professionale Specificare in studio privato oppure presso Aziende, Istituti ecc.	
Tipo di azienda o settore	Degenza Cardiologica Medico-Chirurgica AOU Careggi
Tipo di impegno Specificare se a tempo pieno o tempo parziale; in questo caso specificare la percentuale di impegno	Tempo pieno
Ruolo, mansioni e responsabilità	Infermiere turnista dedicato all'assistenza del paziente cardiologico e cardiocirurgo pre e post intervento.

Date (da – a)	Novembre 2020 - Febbraio 2023
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AOU Careggi

attività libero professionale Specificare in studio privato oppure presso Aziende, Istituti ecc.	
Tipo di azienda o settore	Malattie Infettive e Tropicali AOU Careggi
Tipo di impegno Specificare se a tempo pieno o tempo parziale; in questo caso specificare la percentuale di impegno	Tempo pieno
Ruolo, mansioni e responsabilità	Infermiere turnista dedicato all'assistenza del paziente ricoverato per problemi specialistici e non. Gestione del paziente Covid in fase acuta. Utilizzo corretto dei DPI per i vari tipi di isolamento.

Date (da – a)	Febbraio 2023 - In corso
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AOU Careggi
attività libero professionale Specificare in studio privato oppure presso Aziende, Istituti ecc.	
Tipo di azienda o settore	Pronto Soccorso ed Osservazione breve e Intensiva AOU Careggi
Tipo di impegno Specificare se a tempo pieno o tempo parziale; in questo caso specificare la percentuale di impegno	Tempo pieno
Ruolo, mansioni e responsabilità	Infermiere turnista di primo soccorso con formazione per la Shock Room (Isola 1) e Osservazione Breve e Intensiva (Sub-Intensiva)

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/ specialistica in	
	Specializzazione in	
	Dottorato in	
	Master I livello in	
	Master II livello in	
Data di conseguimento	Aprile 2019	
Conseguito presso	Università degli studi di Firenze	
Voto di diploma	99/110	

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	BLSD
Periodo di svolgimento da/a	28/03/2023
Durata in ore	5
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	IRC
Verifica finale indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale	SI
ECM acquisiti	8

Titolo del corso	ALS
Periodo di svolgimento da/a	27/05/2024 28/05/2024
Durata in ore	18
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	IRC
Verifica finale indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale	SI
ECM acquisiti	28,8

Titolo del corso	Assistenza al paziente con trauma degli arti - Livello 1
Periodo di svolgimento da/a	Marzo 2024 Luglio 2024
Durata in ore	32
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AOU Careggi
Verifica finale indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale	NO
ECM acquisiti	49

Titolo del corso	ECTS - Emergenze e Competenze: Teorie e Skills pratiche in Pronto Soccorso e Osservazione Breve e Intensiva
Periodo di svolgimento da/a	11/10/2024 26/10/2024
Durata in ore	8:30
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AOU Careggi

Verifica finale <i>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</i>	SI
ECM acquisiti	12,8

Titolo del corso	Ventilazione meccanica in Pronto Soccorso
Periodo di svolgimento <i>da/a</i>	16/10/2024
Durata in ore	4
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AOU Careggi
Verifica finale <i>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</i>	SI
ECM acquisiti	5,2

Titolo del corso	Corso addetti antincendio-Livello 3
Periodo di svolgimento <i>da/a</i>	Maggio 2023
Durata in ore	10
Nome e indirizzo del soggetto che ha erogato il corso	AOU Careggi
Verifica finale <i>indicare se il corso ha previsto o no ha previsto una verifica finale</i>	SI
ECM acquisiti	

Albi e collegi	
Specificare Albo professionale	OPI FIPT
Provincia	Firenze
Data di iscrizione	08/05/2019
numero	9318

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	BUONO
• Capacità di scrittura	BUONO
• Capacità di espressione orale	BUONO

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 allega fotocopia di documento di identità in corso di validità ⁽¹⁾.

Firenze, 08/11/2024

Il dichiarante⁽²⁾



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.