

SCHEDA CURRICULARE DEL PARTECIPANTE

al corso di formazione "Percorso per i valutatori del sistema di accreditamento
dei servizi sociosanitari"

Nota Bene: Si prega di compilare e trasmettere in formato Word

NOME MARISA COGNOME TESOLIN

ENTE/ AZIENDA DI APPARTENENZA ASP CITTA' DI BOLOGNA

SERVIZIO/ STRUTTURA PRESSO CUI SI SVOLGE L'ATTIVITÀ CRA SALICETO

VIA SALICETO CITTÀ BOLOGNA

TITOLO DI STUDIO LAUREA IN INFERMIERISTICA e Attestato TEGS REGIONALE

ATTUALE RUOLO LAVORATIVO/FUNZIONE SVOLTA RAS

✓ PARTECIPAZIONE A CORSI/ SEMINARI SULLE METODOLOGIE DELLA QUALITÀ SI NO
Se sì, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione,
seminario, stage intensivo...,) la durata, l'anno
Partecipazione ai corsi interni aziendali

✓ PARTECIPAZIONE A CORSI/ SEMINARI SU AUTORIZZAZIONE ACCREDITAMENTO,
CERTIFICAZIONE ISO SI NO
Se sì, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione,
seminario, stage intensivo...,) la durata, l'anno
Partecipazione ai corsi interni aziendali

✓ PARTECIPAZIONE A CORSI/ SEMINARI SUL MANAGEMENT SOCIALE O SANITARIO SI NO
Se sì, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione,
seminario, stage intensivo...,) la durata, l'anno

✓ PARTECIPAZIONE A CORSI/ SEMINARI SULA GESTIONE DEI GRUPPI SI NO
Se sì, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione,

seminario, stage intensivo...,) la durata, l'anno

✓ SVOLGE ATTIVITÀ O COLLABORA CON UN UFFICIO DI PIANO DISTRETTUALE SÌ NO
Se sì, con quale ruolo/funzione

✓ SVOLGE ATTIVITÀ O COLLABORA CON UN UFFICIO DI SUPPORTO ALLA CONFERENZA
TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA SÌ NO
Se sì, con quale ruolo/funzione

✓ NELLA SUA ATTIVITÀ SVOLGE COMPITI DI COORDINAMENTO SÌ NO
(DI RISORSE UMANE, ECONOMICHE, DI SERVIZIO, DI STRUTTURA...)
Se sì, specificare l'ambito del coordinamento
Coordinaemnto risorse umane (turni e sostituzioni), economiche (ordine farmaci, parafarmaci), di servizio (organizzazione del gruppo infermieri, screening tamponi, ecc)

✓ NELLA SUA REGOLARE ATTIVITÀ SVOLGE COMPITI A DIRETTO CONTATTO
CON L'UTENZA SÌ NO
Se sì, quali
Gli Anziani del Centro Servizi nel quale opero e con i famigliari.

✓ HA COLLABORATO A PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ SÌ NO
Se sì, in quale ambito
Rilevazione e trattamento del dolore, scatenzione, lesioni da pressione, bilancio alimentare e idrico

✓ IL SERVIZIO/STRUTTURA È IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ SÌ NO
Se sì, quale:

È ISCRITTO NELL'ELENCO REGIONALE DEI VALUTATORI IN SANITA' SÌ NO

DATA

5 gennaio 2022

FIRMA DEL PARTECIPANTE AL CORSO

