

FORMATO EUROPEO PER
IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI	
Nome	FARONI SARA
Indirizzo	
Telefono	335/7729519 tel. aziendale
Fax	
E-mail	sara.faroni@asst-mantova.it
Nazionalità	ITALIANA

Data e luogo di nascita	27/10/1974
-------------------------	------------

ESPERIENZA LAVORATIVA	
• Date (da – a)	1 GENNAIO 2023 PRESSO DISTRETTO MANTOVANO
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASST MANTOVA VIALE LARGO PAIOLO, 1 46100 – MANTOVA
	DISTRETTO MANTOVANO
• Tipo di impiego	INCARICO FUNZIONALE_RESPONSABILE DISTRETTO MANTOVA
• Date (da – a)	1 DICEMBRE 2020 AL 31/12/2022 PRESSO DIPARTIMENTO DELLE FRAGILITA' ASST MANTOVA
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASST MANTOVA VIALE LARGO PAIOLO, 1 46100 – MANTOVA
• Tipo di azienda o settore	CENTRO SERVIZI
• Tipo di impiego	RESPONSABILE INFERMIERISTICO
• Principali mansioni e responsabilità	GESTIONE CENTRO SERVIZI PRESA IN CARICO DEL CRONICO E GESTIONE AZIENDALE TAMPONI COVID
• Date (da – a)	17 DICEMBRE 2018 AL 1 DICEMBRE 2020
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASST MANTOVA VIALE LARGO PAIOLO, 1 46100 – MANTOVA
• Tipo di azienda o settore	DIREZIONE SANITARIA-SITRA
• Tipo di impiego	RAD NEUROSCIENZE
• Principali mansioni e responsabilità	Responsabile area dipartimentale Neuroscienze
• Date (da – a)	DAL 1 APRILE 2018 L 17 DICEMBRE 2018 PRESSO DIPARTIMENTO FRAGILITA' ASST MANTOVA
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASST MANTOVA VIALE LARGO PAIOLO, 1 46100 – MANTOVA
• Tipo di azienda o settore	SOCIO SANITARIO
• Tipo di impiego	PROCESS OWNER AREA DIABETICA,NEFROLOGICA E NEUROLOGICA
• Principali mansioni e	<i>Responsabile del processo dell'area diabetica,nefrologica e neurologica per quanto</i>

responsabilità	<i>riguarda la presa in carico del cronico. Responsabilità di tipo organizzativo sul processo ed opera in modo trasversale all'interno di aggregazioni di strutture/dipartimenti già strutturati nell'ASST.</i>
• Date (da – a)	DAL 1 GENNAIO 2016 AL 31 Marzo 2018 PRESSO LA SEDE TERRITORIALE DI SUZZARA SERVIZIO ADI E CEAD ASST
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASST MANTOVA VIALE LARGO PAIOLO, 1 46100 – MANTOVA-
• Tipo di azienda o settore	SOCIO SANITARIO
• Tipo di impiego	INFERMIERE
• Principali mansioni e responsabilità	VALUTAZIONI MULTIDIMENSIONALI SOCIO SANITARIE ED ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
• Date (da – a)	DAL 1 SETTEMBRE 2013 AL 31 DICEMBRE 2015 PRESSO ASL DI MANTOVA
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASL DI MANTOVA VIA DEI TOSCANI, 1 46100 –MANTOVA-
• Tipo di azienda o settore	SOCIO SANITARIO
• Tipo di impiego	INFERMIERE
• Principali mansioni e responsabilità	VALUTAZIONI MULTIDIMENSIONALI SOCIO SANITARIE ,ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, CONTROLLO RSA, SPORTELLO INFORMATIVO.
• Date (da – a)	DALL' 8 OTTOBRE AL 31 AGOSTO 2013 REPARTO DI NEFROLOGIA -DIPARTIMENTO MEDICO-
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	AZIENDA OSPEDALIERA "CARLO POMA" VIALE LARGO PAIOLO,1 46100 –MANTOVA -
• Tipo di azienda o settore	SANITARIO
• Tipo di impiego	INFERMIERE
• Principali mansioni e responsabilità	MANSIONI ASSISTENZIALI E SANITARIE, SVOLGIMENTO DEL LAVORO ATTENENDOMI AL PROFILO PROFESSIONALE
• Date (da – a)	DAL 1 SETTEMBRE 2001 AL SETTEMBRE 2012 PRESSO IL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE NEL REPARTO DI PATOLOGIA NEONATALE E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (T.I.N.) E NIDO DURANTE QUESTA ESPERIENZA LAVORATIVA FINO AL 2006 HO LAVORATO PRESSO IL 118 CON SISTEMA PREMIANTE.
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	AZIENDA OSPEDALIERA "CARLO POMA" VIALE LARGO PAIOLO,1 46100 –MANTOVA
• Tipo di azienda o settore	SANITARIO
• Tipo di impiego	INFERMIERE
• Principali mansioni e responsabilità	MANSIONI ASSISTENZIALI E SANITARIE, SVOLGIMENTO DEL LAVORO ATTENENDOMI AL PROFILO PROFESSIONALE
• Date (da – a)	DAL 5 LUGLIO 1999 AL 31 AGOSTO 2001 PRESSO IL C.R.A DI QUISTELLO – DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA-
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	AZIENDA OSPEDALIERA "CARLO POMA" VIALE LARGO PAIOLO,1 46100 –MANTOVA -
• Tipo di azienda o settore	SANITARIO
• Tipo di impiego	INFERMIERE
• Principali mansioni e responsabilità	MANSIONI ASSISTENZIALI E SANITARIE, SVOLGIMENTO DEL LAVORO ATTENENDOMI AL PROFILO PROFESSIONALE

ISTRUZIONE E FORMAZIONE	
• <i>Date (da – a)</i>	ANNO SCOLASTICO 1991/92
• <i>Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione</i>	LICEO SCIENTIFICO STATALE "G.Passerini" di Guastalla - Reggio Emilia -
• <i>Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio</i>	Materie scientifiche ed umanistiche
• <i>Qualifica conseguita</i>	DIPLOMA DI MATURITA' SCIENTIFICA
• <i>Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)</i>	
• <i>Date (da – a)</i>	ANNO ACCADEMICO 1997/98
• <i>Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione</i>	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA Facolta' di Medicina e Chirurgia
• <i>Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio</i>	Materie scientifiche ed assistenziali
• <i>Qualifica conseguita</i>	DIPLOMA UNIVERSITARIO IN SCIENZE INFERMIERISTICHE
• <i>Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)</i>	
• <i>Date (da – a)</i>	ANNO ACCADEMICO 2008/09
• <i>Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione</i>	IULM DI MILANO Facolta' di Lingue e Comunicazione
• <i>Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio</i>	Management infermieristico
• <i>Qualifica conseguita</i>	MASTER IN MANAGEMENT SANITARIO PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO

• <i>Date (da – a)</i>	ANNO ACCADEMICO 2019/2022
• <i>Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione</i>	CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA Facoltà di Medicina e Chirurgia
• <i>Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio</i>	
• <i>Qualifica conseguita</i>	In corso ultimo anno

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI <i>Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali</i>	Nel corso della mia esperienza professionale ho acquisito molteplici capacità gestionali, valutazione, controllo ed assistenziali. Aver avuto la possibilità di lavorare sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale ha agevolato per la completezza della mia pratica assistenziale e gestionale quotidiana.
---	---

PRIMA LINGUA	ITALIANO
ALTRE LINGUE INGLESE FRANCESE	
<i>Capacità di lettura</i>	OTTIMA
<i>Capacità di scrittura</i>	BUONA
<i>Capacità di espressione orale</i>	BUONA

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI <i>Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc</i>	CAPACITA' DI ASCOLTO, CONSAPEVOLEZZA DELL'IMPORTANZA DELLA RELAZIONE ALL'INTERNO DEL GRUPPO DI LAVORO E DELL'ORGANIZZAZIONE PROFESSIONALE. CAPACITA' DI ASCOLTO E DI ENTRARE IN RAPPORTO EMPATICO COL PAZIENTE. CAPACITA' DI MOTIVARE, MEDIARE, ORIENTARE, NEGOZIARE E DI PROBLEM SOLVING.
--	--

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE <i>Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.</i>	Buone capacità di gestione del lavoro, dei progetti e del gruppo di lavoro. Organizzazione e pianificazione delle attività, concordando le procedure aziendali interne per il conseguimento degli obiettivi. Attualmente Impegnata sulla progettazione territoriale di nuovi percorsi aziendali come previsto dalla LR 22/2021 di riassetto territoriali e Distrettuali. In grado di effettuare valutazioni multidimensionali dei pazienti fragili.
--	--

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE <i>Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.</i>	Buone competenze all'utilizzo del PC con buona conoscenza dei software in uso. Buone capacità all'utilizzo dei programmi aziendali quali Maia, Domusmed, Talete, Galileo Dnterritorio, Sigma. Capacità tecniche di conoscenza gestionale delle apparecchiature sanitarie ed apparecchiature di vario genere es. Apparecchio per tamponi antigenici).
---	--

CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE <i>Musica, scrittura, disegno ecc.</i>	CAPACITA' SCOLASTICHE
---	-----------------------

PATENTE O PATENTI	PATENTE B
--------------------------	-----------

ULTERIORI INFORMAZIONI	
-------------------------------	--

ALLEGATI	SI ALLEGA FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA'
-----------------	---------------------------------------

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, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

CITTA' Mantova
DATA 04/01/2023

NOME E COGNOME (FIRMA)

_____ Sara Faroni _____