FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	**SELVA PAOLA**
Indirizzo	
Telefono	
Fax	
E-mail	**paola.selva@asst.santipaolocarlo.it**
Nazionalità	Italiana
Data di nascita	

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)	DA 01 APRILE 2017 A TUTT'OGGI
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASST SANTI PAOLO CARLO - VIA DI RUDINI' 8 20100 MILANO
• Tipo di azienda o settore	AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
• Tipo di impiego	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE A TEMPO PIENO
• Principali mansioni e responsabilità	REFERENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (SERD TERRITORIALE)
• Date (da – a)	DA 01 OTTOBRE 1991 AL 30 MARZO 2017
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	USSL 75, ASL 36, ASL, ATS Città Metropolitana Corso Italia 19 20122 Milano
• Tipo di azienda o settore	Azienda sanitaria locale
• Tipo di impiego	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE A TEMPO PIENO
• Principali mansioni e responsabilità	REFERENTE INFERMIERISTICO SERD Gola/Albenga poiTerritoriale dal 2010
• Date (da – a)	Da 15/07/1988 a 30/09/1991
• Nome e indirizzo del datore di lavoro	PRESIDIO MULTIZONALE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO - MILANO
• Tipo di azienda o settore	ENTE OSPEDALIERO
• Tipo di impiego	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE A TEMPO PIENO
• Principali mansioni e responsabilità	

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a)	Da 1986 a 1988
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	SCUOLA PER INFERMIERI PROFESSIONALI PRESIDIO MULTIZONALE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO - MILANO
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
• Qualifica conseguita	DIPLOMA DI INFERMIERE PROFESSIONALE

Date (da – a)	Da 2001 a 2006
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Assistente di Tirocinio Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Milano
• Qualifica conseguita	
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)	
Date (da – a)	2007
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	European Nada Association Acupunture Detoxification Association
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	
• Qualifica conseguita	Agopuntore Specializzato nella Detossificazione
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)	
• Date (da – a)	Da 1988 ad oggi
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Partecipazione a numerosi eventi formativi
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio	Tematiche cliniche ed altro
• Qualifica conseguita	
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)	
MADRELINGUA	**ITALIANA**
ALTRE LINGUA	
	INGLESE
• Capacità di lettura	Scolastico
• Capacità di scrittura	Scolastico
• Capacità di espressione orale	Scolastico
	FRANCESE
• Capacità di lettura	Scolastico
• Capacità di scrittura	Scolastico
• Capacità di espressione orale	Scolastico

Milano,31/12/2024

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' Milano

DATA 31/12/2024