

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **MAGONZA ANGELA**
Indirizzo **C/DA SAN MICHELE SNC - 94010 CALASCIBETTA (EN) ITALIA**
Telefono **093534846 cell. 3405296938**
E-mail **angiemainz@alice.it**

Nazionalità **italiana**

Data di nascita **01/06/1972**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **DA 01 Aprile 2007 ad Oggi**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **APS 4 Enna – Ospedale Umberto I c/da Ferrante - Enna**
• Tipo di azienda o settore **Azienda pubblica settore sanità**
• Tipo di impiego **Operatore sanitario**
• Principali mansioni e responsabilità **CPS - Infermiera**

- Date (da – a) **DA 1997 al 2007**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **AOU Paolo Giaccone di Palermo, ASL Asolo (TV), USL di Reggio Calabria, Ospedale Vittorio Emanuele- Ferrarotto- Bambino Gesù di Catania.**
• Tipo di azienda o settore **Azienda pubblica settore sanità**
• Tipo di impiego **Operatore sanitario**
• Principali mansioni e responsabilità **CPS - Infermiera**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a) **31/05/2012**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Università telematica "G. Fortunato" di Benevento**
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio **Economia, Radiologia, Management**
• Qualifica conseguita **Coordinamento e Management della funzione Infermieristica**
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) **Master Universitario di 1° livello**

- Date (da – a) **27/01/2007**
• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo**
• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio **Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche, Scienze ostetriche e ginecologiche, Primo soccorso, Scienze mediche e chirurgiche, Scienze biomediche, Scienze interdisciplinari cliniche, Scienze della prevenzione e dei servizi sanitari.**
• Qualifica conseguita **Laurea in Infermieristica**
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) **Laurea triennale con vot. 110/110**

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Date (da - a) | Giugno 1995 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione | Scuola di Infermiere Prof.le dell' USL di Enna |
| <ul style="list-style-type: none"> • Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio | Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche, Scienze ostetriche e ginecologiche, Primo soccorso, Scienze mediche e chirurgiche, Anatomia, Fisiologia, Inglese, Scienze della prevenzione e dei servizi sanitari, Statistica |
| <ul style="list-style-type: none"> • Qualifica conseguita | Diploma di Infermiere Professionale |
| <ul style="list-style-type: none"> • Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) | Diploma Triennale |
| <ul style="list-style-type: none"> • Date (da - a) | Luglio 1990 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione | Istituto Magistrale "Dante Alighieri" di Enna |
| <ul style="list-style-type: none"> • Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio | Pedagogia, Psicologia, Fisica, Chimica, Inglese, Italiano, Matematica |
| <ul style="list-style-type: none"> • Qualifica conseguita | Diploma di Magistrale |
| <ul style="list-style-type: none"> • Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) | Diploma di scuola secondaria superiore con vot. 58/60 |

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI.

MADRELINGUA

ITALIANO

ALTRÉ LINGUA

INGLESE

SCOLASTICO

SCOLASTICO

SCOLASTICO

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

PATENTE O PATENTI

Buone competenze relazionali acquisite soprattutto per le esperienze lavorative svolte.

Il lavoro svolto all' Ospedale Umberto I di Enna, mi ha consentito di mettere in atto e di affinare capacità e competenze organizzative.

Buone capacità informatiche.

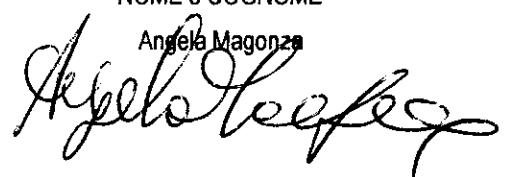
Patente di guida automobilistica – cat. B

La sottoscritta è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Inoltre, la sottoscritta autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dall' art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

Calascibetta, 2/2/2016

NOME e COGNOME

Angela Magonza



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto RAULONZA ANGELA nato a COLONIA
il 01/06/1972 ^{Residente} residente a CALASCIBETTA Via
VACCARELLA (c/o SAN MICHELE), ^{Residente} residente in CALASCIBETTA
prov. EN Via C/02 SAN MICHELE

nella qualità di Consigliere Comunale di Calascibetta, eletto nella tornata elettorale del 2013, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA
ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000

Dichiarazione ex art. 14, comma 1, D.L. n. 33/2013

(barrare la parte che non interessa)

1. Di non ricoprire altre cariche, presso enti pubblici o privati e di non percepire alcun compenso

ovvero

di ricoprire le seguenti cariche presso enti pubblici o privati:

-
.....

e di percepire i seguenti compensi

2. Di non ricoprire altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e di non percepire alcun compenso

ovvero

di ricoprire i seguenti incarichi a carico della finanza pubblica

.....
e di percepire i seguenti compensi

Calascibetta, li 02/02/2016

IL DICHIARANTE



Allega alla presente:

1. copia fotostatica del documento di riconoscimento
2. Curriculum vitae

Cognome... MAGONZA
Nome... ANGELA
nato il... 01.06.1972
(atto n.... 31. P.... 2. S.... A....)
a... KOLN - GERMANIA (....)
Cittadinanza... ITALIANA
Residenza... CALASCIBETTA (EN)
Via... C.DA S. MICHELE
Stato civile...
Professione...
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura... 1,58
Capelli... Castani
Occhi... Castani
Segni particolari... N.N.
.....



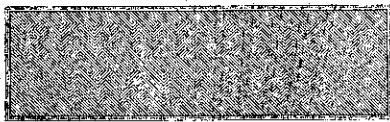
Firma del titolare... *Angela Magonza*
CALASCIBETTA... N. 129.05.2012

Indirizzo del titolare
indice sinistro **Marchisava Concetta**



Scade il 01.06.2022

AS 2692186



IPZS VIA OFFICINA C.V. ROMA

