

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

| | | |
|-----------------|--------------------------|---|
| Nome | <input type="checkbox"/> | SERGIO |
| Indirizzo | <input type="checkbox"/> | CIRILLO |
| Telefono Uff | <input type="checkbox"/> | 02-99456003 |
| E-mail | <input type="checkbox"/> | sergio.cirillo@asst-brianza .it |
| Nazionalità | <input type="checkbox"/> | italiana |
| Data di nascita | <input type="checkbox"/> | 06.12.1974 |

ESPERIENZA LAVORATIVA

| | | |
|--|--------------------------|---|
| • DATE | <input type="checkbox"/> | 1997 al 2001 |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | <input type="checkbox"/> | AZIENDA OSPEDALIERA "NIGUARDA CA' GRANDA" |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | <input type="checkbox"/> | RIA CARDIOCHIRURGICA – EMODIALISI E TRAPIANTO RENE |
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | <input type="checkbox"/> | INFERMIERE |
| • DATE | <input type="checkbox"/> | 2001 al 2006 |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | <input type="checkbox"/> | AZIENDA OSPEDALIRA S.GERARDO MONZA |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | <input type="checkbox"/> | NEUROCHIRGIA -UCC /RIA CARDICHIRURGICA |
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | <input type="checkbox"/> | INFERMIERE |
| • DATE | <input type="checkbox"/> | 2006 al 2007 |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | <input type="checkbox"/> | AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALE CIVILE DI Vimercate"-PO Vimercate- |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | <input type="checkbox"/> | EMODIALISI |
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | <input type="checkbox"/> | INFERMIERE |
| • DATE | <input type="checkbox"/> | 2007 al 2010 |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | <input type="checkbox"/> | AZIENDA OSPEDALIERA "ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO"-PO SESTO S.GIOVANNI- |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | <input type="checkbox"/> | U.O.C DI CHIRURGIA ALTA INTENSITA' DI CURE |

| | | |
|--|--|--|
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | | COORDINATORE INFERMIERISTICO |
| • DATE | | 2010 al 2014 |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | | AZIENDA OSPEDALIERA "DESIO VIMERCATE" PO DESIO |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | | U.O.C DI CHIRURGIA ALTA INTENSITA' DI CURE |
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | | COORDINATORE INFERMIERISTICO |
| • DATE | | 2014 Al 2020 |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | | ASST MONZA |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE PO TERRITORIALE CPM/CPB +POLIAMBULATORI SPECIALISTICI DI LIMBIATE E MUGGIO |
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | | CPM LIMBIATE+PRESIDIO CORBERI COORDINATORE INFERMIERISTICO |
| • DATE | | 2020 al 2023 |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | | ASST BRIANZA |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | | DSMD PO CORBERI/ +CPM LIMBIATE |
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | | COORDINATORE INFERMIERISTICO |
| • DATE | | 2023 a Gennaio 2025 |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | | ASST BRIANZA |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | | DSMD SC DISABILITA' REPARTO MONTESSORI |
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | | IOFC COORDINATORE INFERMIERISTICO |
| • DATE | | Da Febbraio 2025 a oggi |
| • NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO | | ASST BRIANZA |
| • TIPO DI AZIENDA O SETTORE | | CASA DELLA COMUNITA' DI LIMBIATE -DISTRETTO DI DESIO |
| • PRINCIPALI MANSIONI E RESPONSABILITÀ | | IOFC COORDINATORE INFERMIERISTICO |
| <u>ISTRUZIONE E FORMAZIONE</u> | | |
| • DATE (DA - A) | | 1995 |
| • NOME E TIPO DI ISTITUTO DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE | | ITIS E.FERMI (NAPOLI) |

| | | |
|---|--------------------------|---|
| • PRINCIPALI MATERIE / ABILITÀ PROFESSIONALI OGGETTO DELLO STUDIO | <input type="checkbox"/> | PERITO CAPOTECNICO |
| • QUALIFICA CONSEGUITA | <input type="checkbox"/> | DIPLOMA DI MATURITA' DI PERITO CAPOTECNICO COSTRUTTORE AEREAUTICO |
| • QUALIFICA CONSEGUITA | <input type="checkbox"/> | DIPLOMA UNIVERSITARIO IN SCIENZE INFERMIERISTICHE |
| • DATE (DA - A) | <input type="checkbox"/> | 1998 |
| • NOME E TIPO DI ISTITUTO DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE | <input type="checkbox"/> | FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA FEDERICO II NAPOLI |
| • PRINCIPALI MATERIE / ABILITÀ PROFESSIONALI OGGETTO DELLO STUDIO | <input type="checkbox"/> | INFERMIERE |
| • DATE (DA - A) | <input type="checkbox"/> | 2008 |
| • NOME E TIPO DI ISTITUTO DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE | <input type="checkbox"/> | FACOLTA' DI ECONOMIA LIUC CASTELLANZA (VA) |
| • PRINCIPALI MATERIE / ABILITÀ PROFESSIONALI OGGETTO DELLO STUDIO | <input type="checkbox"/> | COORDINATORE INFERMIERISTICO |
| • QUALIFICA CONSEGUITA | <input type="checkbox"/> | MASTER PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE |
| • DATE (DA - A) | <input type="checkbox"/> | 2012 |
| • NOME E TIPO DI ISTITUTO DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE | <input type="checkbox"/> | UNIVERSITA' DI TORVERGATA ROMA |
| • PRINCIPALI MATERIE / ABILITÀ PROFESSIONALI OGGETTO DELLO STUDIO | <input type="checkbox"/> | GESTIONE DELLE ENTEROSTOMIA E EIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO |
| • QUALIFICA CONSEGUITA | <input type="checkbox"/> | MASTER IN STOMOTERAPIA ED INCONTINENZA PELVICA. |
| • LIVELLO NELLA CLASSIFICAZIONE NAZIONALE (SE PERTINENTE) | <input type="checkbox"/> | |
| PRIMA LINGUA | <input type="checkbox"/> | ITALIANO |
| ALTRE LINGUE | | |
| | <input type="checkbox"/> | INGLESE -SPAGNOLO |
| • CAPACITÀ DI LETTURA | <input type="checkbox"/> | BUONA |
| • CAPACITÀ DI SCRITTURA | <input type="checkbox"/> | SUFFICIENTE |
| • CAPACITÀ DI ESPRESSIONE ORALE | <input type="checkbox"/> | BUONE |
| PATENTE O PATENTI | <input type="checkbox"/> | PATENTE A-B |

ULTERIORI INFORMAZIONI
E/O ESPERIENZE
PROFESSIONALI

-COMPONENTE A VARI GRUPPI DI LAVORO AZIENDALI PER LA STESURA DI LINEE GUIDA E PROCEDURE AZIENDALI

-REFERENTE RETE QUALITA' PER IL DIPARTIMENTO CHIRURGICO
COMPONENTE DELLA RETE HPH PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AMBITO OSPEDALIERO

-CULTORE PER IL CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA II ANNO PRESSO LA FACOLTA' MILANO BICOCCA DISCIPLINA CHIRURGIA SPECIALISTICA -ASSISTENZA INFERMIERISTICA .

-AMMINISTRATORE DEL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE PSICHE WEB PER LA PSICHIATRIA RELATIVO ALLA UOP 38 DI DESIO.

PUBBLICAZIONI

- **2000** EDITORIALE ORDINE PROFESSIONALE "NAPOLI SANA "QUANDO LA QUALITA' NON DIPENDE DAI COSTI .".

- **2008** RIVISTA SCIENTIFICA EDTNA/ERCA UTILIZZO DELLA V.Q.R IN EMODIALISI.

- **2022** RIVISTA SCIENTIFICA SIDIN "RIVALUTAZIONE CLINICO RIABILITATIVO ORIENTATO AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLA VITA'DI UN PAZIENTE COMPLESSO.

-**2024** RIVISTA SCIENTIFICA EAMHID "STRATEGIE ORGANIZZATIVE A SUPPORTO DELL'ASSISTENZA DELLA PERSONA CON DISABILITA'.

ALLEGATI

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'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, ai sensi dell' art. 13 D.LGS, 30 Giugno 2003 n°196 -"Codice in materia di protezione dei dati personali " e dell' art .13 GDPR 679/16 -"Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali "

Agrate Brianza (MB)

04/02/2025

10/08/2022

NOME E COGNOME

Dott.Sergio Cirillo

Sergio Cirillo