

FORMATO EUROPEO PER
IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **Montemagno** Nome **Francesca**
Cognome **Montemagno** Data di nascita **24/12/60**
Luogo di nascita **Caltagirone**
Indirizzo
Luogo di residenza **Caltagirone**
C.A.P. **95041** Nazionalità **Italiana**
E-mail
Via **Via Poggio S. Secondo, 35**
Tel. **0933/52539**
333 662 53 29

ESPERIENZA LAVORATIVA

Date (dal-al) **Dal 21/03/2006 al 20/03/2008**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Az. Ospedale "Gravina" di Caltagirone**
Tipo di azienda o settore **Sanitario**
Tipo di impiego **Tempo Determinato**
Princip. Mansioni, responsabilità **Ausiliario Specializzato**

Date (dal-al) **Dal 22/07/2005 al 18/03/2006**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Az. Ospedale "Gravina" di Caltagirone**
Tipo di azienda o settore **Sanitario**
Tipo di impiego **Tempo Determinato**
Princip. Mansioni, responsabilità **Ausiliario Specializzato**

Date (dal-al) **Dal 21/09/2004 al 18/05/2005**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Az. Ospedale "Gravina" di Caltagirone**
Tipo di azienda o settore **Sanitario**
Tipo di impiego **Tempo Determinato**
Princip. Mansioni, responsabilità **Ausiliario Specializzato**

Date (dal-al) **Dal 09/04/2003 al 04/12/2003**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Az. Ospedale "Gravina" di Caltagirone**
Tipo di azienda o settore **Sanitario**
Tipo di impiego **Tempo Determinato**
Princip. Mansioni, responsabilità **Ausiliario Specializzato**

Date (dal-al) **Dal 21/02/2002 al 20/06/2002**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Az. Ospedale "Gravina" di Caltagirone**
Tipo di azienda o settore **Sanitario**
Tipo di impiego **Tempo Determinato**
Princip. Mansioni, responsabilità **Ausiliario Specializzato**

Date (dal-al) **Dal 16/07/2001 al 12/11/2001**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Az. Ospedale "Gravina" di Caltagirone**
Tipo di azienda o settore **Sanitario**
Tipo di impiego **Tempo Determinato**
Princip. Mansioni, responsabilità **Ausiliario Specializzato**

Date (dal-al) **Dal 07/03/1988 al 01/07/1988**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **Ex Unità Sanitaria Locale n° 29 di Caltagirone**
Tipo di azienda o settore **Sanitario**
Tipo di impiego **Tempo Determinato**
Princip. Mansioni, responsabilità **Ausiliario Socio Sanitario Supplente**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

| Titolo di studio | Licenza media | Specificare |
|----------------------|--|-------------|
| Anno conseg | | Voto |
| Qualifiche possedute | <ul style="list-style-type: none">○ 2000 Corso di formazione professionale per “Operatrice di sportello informafamiglie” presso l’Ente “Donne Europee Federcasalinghe”○ 1987 Corso di formazione professionale per “Operatore socio assistenziale agli anziani” presso l’ENFAP di Caltagirone○ 1985 –1986 Corso per “Educatrice d’infanzia” presso l’Istituto “Maria Ausiliatrice” di Caltagirone | |

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

- Predisposizione al lavoro in campo sociale e dell’assistenza a persone in stato di necessità fisica e morale.

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

- Capace di organizzare il lavoro che mi viene affidato portandolo a termine con senso di responsabilità

PATENTI O PATENTI

Di guida Cat. “B”

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla legge 675 del 31/12/1996 e dal d.lgs 196/2003.

Città CALTAGIRONE

Data 20/08/2021

Firma

