

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

La sottoscritta PAOLA PECILLI, codice fiscale PCLPLA85T66H501D,
nata a ROMA (RM), il 26/12/1985, residente in Via CARLO MUSCETTA 156,
Località ROMA, Prov. RM, CAP 00139

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non
veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e sotto la propria personale
responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli di studio:

- Laurea di I livello in Ostetricia (ex D.M. 509/99, SNT/1)
conseguita presso Università degli Studi di Roma, Tor Vergata
voto 110/110 con Lode, in data 06/04/2011
- Laurea Magistrale in "Scienze infermieristiche e Ostetriche" conseguita presso Università
degli studi di Roma "Tor Vergata". Voto 110/110 con Lode, in data 11/06/2020.

Iscrizione all'Ordine della Professione Ostetrica di Roma e Provincia, alla posizione n. 2399, dal
20/01/2012

Attività di docenza:

- Istituto Superiore di Sanità. Workshop "Rapporto tra medicina e cultura. Il contributo
dell'antropologia medica". Aula Bovet.
Relazione sulla Violenza di genere.

Esperienze lavorative e/o professionali:

- Casa di Cura "Città di Roma", struttura sanitaria privata ACCREDITATA dal SSR
Società Città di Roma S.p.a. – Via F. Mialdichini n.20, 00152 - Roma
Dal 20/11/2017 ad oggi.
Profilo professionale: Ostetrica
Tipologia del rapporto di lavoro: contratto di collaborazione autonoma libero
professionista
Incarico a tempo indeterminato, a prestazione oraria
Non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46, ultimo comma, D.P.R. 761/1979
- Casa di Cura "Città di Aprilia", struttura sanitaria privata ACCREDITATA dal SSR
Via delle Palme 25, 04011 Aprilia (LT)
Dal 11/07/2016 al 14/10/2017.
Profilo professionale: Ostetrica
Tipologia del rapporto di lavoro: contratto di collaborazione autonoma libero
professionista

Incarico a tempo determinato, a prestazione oraria

Non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46, ultimo comma, D.P.R. 761/1979

- ASL 1 Sassari, Centro Screening
Via Rizzeddu 21/b, 07100 Sassari.
Dal 12/01/2015 al 12/07/2015.
Profilo professionale: Ostetrica
Tipologia del contratto di lavoro: contratto a tempo determinato, full time (ore settimanali:36)
Non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46, ultimo comma, D.P.R. 761/1979
- Ospedale San Giovanni Calibita – Fatebenefratelli, ACCREDITATO dal SSR
Via di Ponte Quattro Capi n. 39, 00186, Roma
Dal 10 febbraio 2012 al 10 agosto 2012; motivo di cessazione del rapporto di lavoro: termine naturale del contratto.
Profilo professionale: Ostetrica
Tipologia del rapporto di lavoro: contratto d'incarico a tempo determinato, a norma del D.Lg.vo 6.09.01 n. 368
A tempo pieno
Non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46, ultimo comma, D.P.R. 761/1979
- Ospedale San Giovanni Calibita – Fatebenefratelli, ACCREDITATO dal SSR
Via di Ponte Quattro Capi n. 39, 00186, Roma
Dal 10 febbraio 2013 al 10 agosto 2013; motivo di cessazione del rapporto di lavoro: termine naturale del contratto.
Profilo professionale: Ostetrica
Tipologia del rapporto di lavoro: contratto d'incarico a tempo determinato, a norma del D.Lg.vo 6.09.01 n. 368
A tempo pieno
Non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46, ultimo comma, D.P.R. 761/1979

Luogo e data

Roma, 10/08/2020

FIRMA

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Roberto M.', is written over a light grey rectangular stamp.

ELENCO (IN TRIPLICE COPIA) DEI DOCUMENTI E DEI TITOLI PRESENTATI IN CARTA SEMPLICE, DATATO E FIRMATO.

1. DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
3. DICHIARAZIONE DI COPIA CONFORME
4. CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
5. FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (CARTA D'IDENTITA' N CA43944AE)
6. FOTOCOPIA RICEVUTA PAGAMENTO CONTRIBUTO DI PARTECIPAZIONE

DATA

FIRMA

ELENCO (IN TRIPLICE COPIA) DEI DOCUMENTI E DEI TITOLI PRESENTATI IN CARTA SEMPLICE, DATATO E FIRMATO.

1. DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
3. DICHIARAZIONE DI COPIA CONFORME
4. CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
5. FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (CARTA D'IDENTITA' N CA43944AE)
6. FOTOCOPIA RICEVUTA PAGAMENTO CONTRIBUTO DI PARTECIPAZIONE

DATA

FIRMA

ELENCO (IN TRIPLICE COPIA) DEI DOCUMENTI E DEI TITOLI PRESENTATI IN CARTA SEMPLICE, DATATO E FIRMATO.

1. DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
3. DICHIARAZIONE DI COPIA CONFORME
4. CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
5. FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (CARTA D'IDENTITA' N CA43944AE)
6. FOTOCOPIA RICEVUTA PAGAMENTO CONTRIBUTO DI PARTECIPAZIONE

DATA

FIRMA