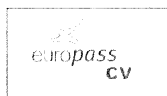


# CURRICULUM VITAE



## INFORMAZIONI PERSONALI

*Nome*

CONGEDO MANUELA

*Telefono*

333 50 11 039

*Luogo di nascita*

GALATINA

*Data di nascita*

4 APRILE 1991

*Email*

Salentomanu@gmail.com

*Nazionalità*

ITALIANA

*Domicilio*

VIA OSANNA, 45 ARADEO (LE)

*Residenza*

VIA OSANNA, 45 ARADEO (LE)

*Sesso*

FEMMINILE

## ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date 18/05/2021

AL 31/12/2023

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

COOPERATIVA SOCIALE ONLUS-MARTANO

• Tipo di impiego

ASSISTENZA DOMICILIARE. OSS.

• Principali mansioni e responsabilità

## ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date 09/ 2019 AL

11/20219

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

RISTORANTE – STERNATIA (LE)

• Tipo di impiego

CAMERIERA DI SALA

• Principali mansioni e responsabilità

## ESPERIENZA LAVORATIVA

*Dal* 19/04/2020

*al* 19/05/2020

• *Nome e indirizzo del datore di lavoro*

VILLA IRIS - LECCE

*Tipo di impiego*

OPERATORE SOCIO-SANITARIO

## ISTRUZIONE E FORMAZIONE

2007

*Titolo di studio*

• *Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione*

SCUOLA SECONDARIA I GRADO

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ARADEO (LE)

## **Istruzione e formazione**

2011

*Titolo di studio*

- *Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione*

LICEO ARTISTICO "V. CIARDO".

## **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

FEBBRAIO 2018

*Titolo di studio*

- *Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione*

ATTESTATO HACCP

AZIENDA DOTT.ssa DONATELLA MAZZOTTA

## **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

DA SETTEMBRE 2019 A

LUGLIO 2019

*Titolo di studio*

- *Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione*

ATTESTATO DI QUALIFICA O.S.S. DELLA REGIONE CALABRIA  
PROGETTI COMUNI (CS)

TIROCINIO PRATICO: VILLA IRIS- IDEASS LECCE

## **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

GIUGNO 2020

*Titolo di studio*

- *Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione*

ATTESTATO FAD

FORMAZIONE E INFORMAZIONE SULLE DISPOSIZIONI DEL RISCHIO  
BIOLOGICO – CORONAVIRUS E CORRETTO UTILIZZO DEI DPI.

## **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

2020

*Titolo di studio*

- *Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione*

ATTESTATO BLSD SANITARI ( IRC )

## **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

OTTOBRE 2020

*Titolo di studio*

- *Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione*

ATTESTATO ANTINCENDIO GESTIONE EMERGENZA – RISCHIO MEDIO

## **ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

1 FEBBRAIO 2020

*Titolo di studio*

- *Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione*

BLSD – PEDIATRICO SANITARIO

CORSO ASL LECCE

MADRELINGUA ITALIANA

ALTRE LINGUA INGLESE

PATENTE O PATENTI  
Capacità e competenze  
relazionali

**B - AUTOMUNITA**

- Attitudine all'integrazione nel team.
- Capacità di apprendimento e condivisione delle informazioni.
- Abilità a pianificare in maniera efficace ed efficiente il proprio carico di lavoro e propri impegni.
- Sicurezza e professionalità nella gestione dei rapporti con pazienti e colleghi.

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N.196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI".

