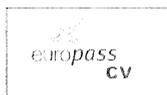


CURRICULUM VITAE



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

SCUOLA SECONDARIA I GRADO

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

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".

