



Consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 28.12.2000, n.445), dichiaro che i contenuti del mio curriculum vitae, composto da pagine, sono rispondenti al vero. Quanto dichiarato nel presente curriculum è valevole come dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell' art. 46 del D.P.R. n.445/2000.

Lì, Monza 25/03/2023

Firma:

GENERALITA' E DATI PERSONALI	
Cognome e Nome	Fracchioni Ilenia
Indirizzo	Ilenia.fracchioni@gmail.com
Tel.	
Cell.	
E-mail	
Nazionalità	
Luogo di Nascita	
Data di nascita	
Stato civile	

<p>Ente (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)</p> <p>qualifica</p> <p>periodo</p> <p>tipo di rapporto (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)</p> <p>monte ore settimanale</p>	<p>Casa di cura privata accreditata Policlinico di Monza Via Carlo Amati 111, 20900 Monza</p> <p>Medico Specialista in Malattie dell'apparato cardiovascolare</p> <p>Dal 18/04/2016 al 17/02/2021</p> <p>Tempo pieno</p> <p>38 ore/settimanali</p>
<p>Ente (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)</p> <p>qualifica</p> <p>periodo</p> <p>tipo di rapporto (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)</p> <p>monte ore settimanale</p>	<p>ASST Melegnano Martesana Ospedale Uboldo via Uboldo Cernusco S/N</p> <p>Medico specialista in malattie dell'apparato cardiovascolare</p> <p>Dal 18/02/2021 al 15/2/2023</p> <p>Dipendente a tempo pieno</p> <p>38 ore /settimanali</p>
<p>Ente (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)</p> <p>qualifica</p> <p>periodo</p> <p>tipo di rapporto (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)</p> <p>monte ore settimanale</p>	<p>ASST Nord Milano Ospedale Bassini</p> <p>Medico specialista in malattie dell'apparato cardiocircolatorio</p> <p>Dal 16/03/2023 ad oggi</p> <p>Tempo pieno</p> <p>38 ore/settimanali</p>

TITOLI DI STUDIO/ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE	
Diploma di Laurea o equipollente di Conseguito il Presso	Medicina e Chirurgia 27/07/2009 Università degli studi di Pavia
Specializzazione Conseguita il ai sensi del Presso Durata anni	Malattie dell'apparato cardiovascolare 15/03/2016 D.Lgs. 368/1999 Università degli studi di Pavia 5
Iscrizione Albo Professionale di Data di iscrizione Numero di iscrizione Altro	Pavia 04/03/2010 8614

PUBBLICAZIONI	
Pubblicazioni come unico autore in lingua italiana (specificare il numero delle pubblicazioni prodotte)
Pubblicazioni come unico autore in lingua straniera (indicare quale lingua e specificare il numero di pubblicazioni prodotte)
Pubblicazioni in collaborazione con altri autori in lingua italiana (specificare il numero delle pubblicazioni prodotte)
Pubblicazioni in collaborazione con altri autori in lingua straniera (indicare quale lingua e specificare il numero di pubblicazioni prodotte)	Inglese N° di pubblicazioni 3
Abstracts come unico autore in lingua italiana (specificare il numero degli abstracts prodotti)

Abstracts come unico autore in lingua straniera (indicare quale lingua e specificare il numero di abstracts prodotti)	
Abstracts in collaborazione con altri autori in lingua italiana (specificare il numero degli abstracts prodotti)	
Abstracts in collaborazione con altri autori in lingua straniera (indicare quale lingua e specificare il numero di abstracts prodotti)	

Corsi di formazione accreditati ECM di durata inferiore a 3 mesi (specificare il numero di corsi)	7
Corsi di formazione accreditati ECM di durata superiore a 3 mesi (specificare il numero di corsi)	
Corsi di formazione non accreditati ECM di durata inferiore a 3 mesi (specificare il numero di corsi)	2
Corsi di formazione non accreditati ECM di durata superiore a 3 mesi (specificare il numero di corsi)	

- Si allega elenco autocertificato dei corsi effettuati, con l'indicazione di:
 - 1 tipologia evento
 - 2 titolo evento
 - 3 data e sede svolgimento
 - 4 ente organizzatore e sede
 - 5 esame finale (si/no)
 - 6 partecipazione in qualità di(relatore/discente ecc..)

- Si allega copia n 7 attestati di partecipazione a corsi non effettuati presso Pubbliche Amministrazioni.

CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI

Capacità e competenze generali, organizzative, di responsabilità e autonomia

Buona attitudine al lavoro in equipe acquisita durante la mia esperienza lavorativa
Buone capacità comunicative con il paziente ed i familiari
Buone competenze organizzative, gestionali e di coordinamento di un gruppo di lavoro

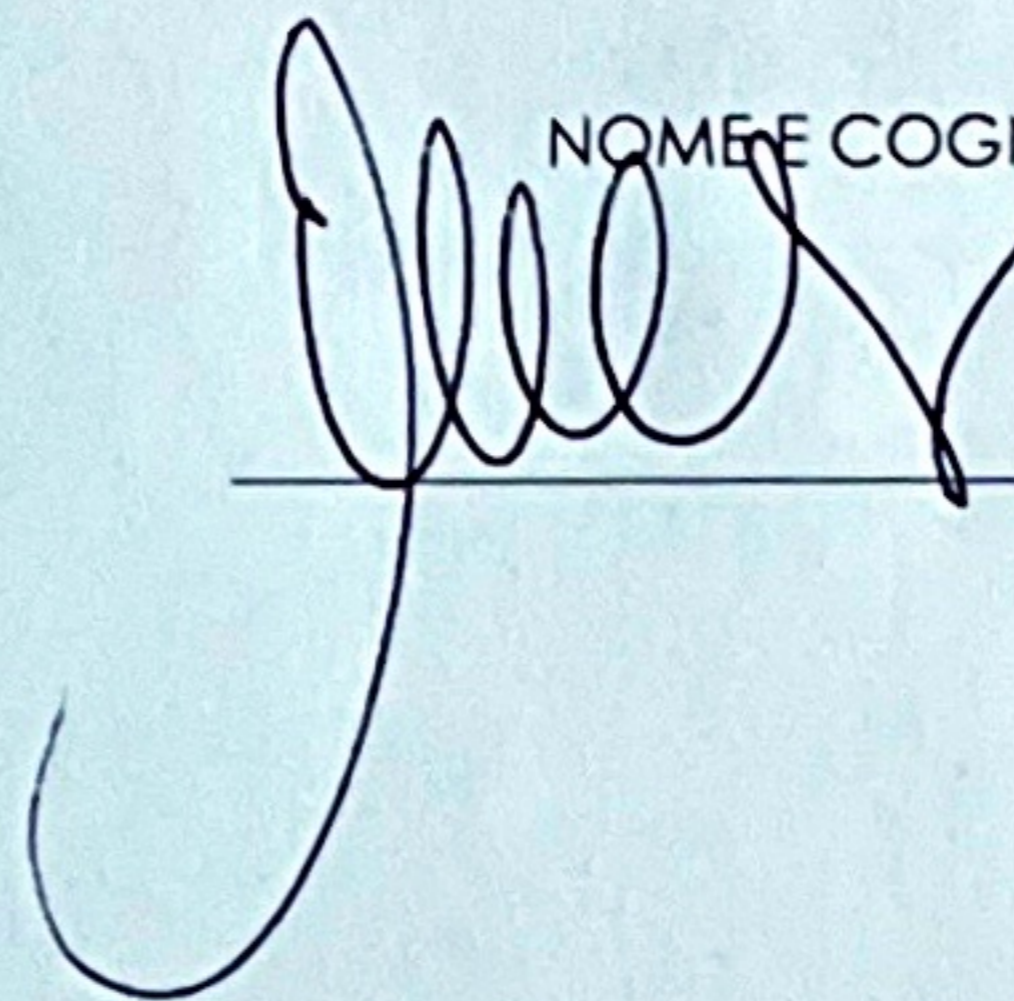
Capacità e competenze tecniche

Autonoma nella gestione clinica del paziente cardiologico in tutto il percorso diagnostico e terapeutico ospedaliero
-autonoma nella gestione clinica dell'urgenza cardiologica e del paziente critico;
-autonoma nell'attività clinica ambulatoriale (visite cardiologiche);
-Specialista in elettrofisiologia con attività clinica pratica in:
>diagnostica invasiva (primo operatore);
>elettrostimolazione con impianti di device monocamerale, bicamerale e tricamerale (primo operatore);
>procedure di ablazione di aritmie sopraventricolari in atrio destro ed in atrio sinistro (primo operatore) e ventricolari (secondo operatore)
> autonoma nella gestione dell'ambulatorio specialistico (ambulatorio di aritmologia e ambulatorio di controllo/programmazione PM/ICD)

Lingua straniera (specificare il livello di conoscenza)

Buona conoscenza della lingua inglese scritta e parlata con particolare conoscenza dell'inglese scientifico.

NOME E COGNOME


FRACCHIONI LENIA

Monza, 25/03/2023