



Curriculum Vitae Europass

Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) ARIANNA CAMPOREALE
Indirizzo(i) VIA IV NOVEMBRE 51 SAN FERDINANDO DI PUGLIA (BT) 76017
Telefono(i) Cellulare:
Fax
E-mail arianna.camporeale@libero.it
Cittadinanza italiana
Data di nascita 02/08/1977
Sesso F

Occupazione desiderata/Settore professionale **Psicologo clinico - Psicoterapeuta**

Esperienza professionale

Date **DAL 15/03/2003 AL 15/09/2003**
Lavoro o posizione ricoperti **PSICOLOGA TIROCINANTE**
Principali attività e responsabilità **FOLLOW-UP NEONATI PREMATURI ,USO DEL TEST DI BAYLEY, TEST STANFORD-BINET (TERMAN-MERRIL),TEST DELLA FIGURA UMANA,TEST DELLA FAMIGLIA,TEST DI BENDER,SOSTEGNO A COPPIE GENITORIALI**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **STRUTTURA OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA RIUNITI DI FOGGIA**
Tipo di attività o settore **U.O TERAPIA INTENSIVA NEONATALE**

Date **DAL 15/09/2003 AL 15/03/2004**
Lavoro o posizione ricoperti **PSICOLOGA TIROCINANTE**
Principali attività e responsabilità **PSICODIAGNOSTICA E VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA DEGLI ANZIANI (PROGETTO KRONOS) E VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEI DISORDINI ALIMENTARI ,USO DEL TEST M.M.P.I, 16PF DI CATTEL , QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE SULL'ANSIETA'(A.S.Q),W.A.I.S,MINI MENTAL STATE EVALUATION (M.M.S.E),EATING DISORDER INVENTORY(EDI-2) E SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY-REVISED (SCL-90R)**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **STRUTTURA OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA RIUNITI DI FOGGIA**
Tipo di attività o settore **U.O NEUROLOGIA**

Date **DAL 2003 AL 2005**
Lavoro o posizione ricoperti **COLLABORAZIONE ALLA CATTEDRA**
Principali attività e responsabilità **Assistente**
Nome e indirizzo del datore di lavoro **PROFESSORE VINCENZO GUIDETTI**

Date	DAL 15/10/2004 AL 23/06/2005
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOLOGA VOLONTARIA
Principali attività e responsabilità	RIABILITAZIONE PSICHIATRICA DI UTENTI IN STRUTTURA RESIDENZIALE
Nome e indirizzo del datore di lavoro	COMUNITA' DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA "CASA FAMIGLIA" CERIGNOLA
Tipo di attività o settore	ATTIVITA' SANITARIA
Date	DAL 28/02/2005 AL 31/05/2005 (90 ore)
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOLOGA TIROCINANTE
Principali attività e responsabilità	PSICOLOGA SCOLASTICA
Nome e indirizzo del datore di lavoro	I.T.C "IGNAZIO SILONE" SAN FERDINANDO DI PUGLIA
Tipo di attività o settore	ATTIVITA' SANITARIA
Date	DAL 01/09/2005 AL 01/09/2006 (25 ORE SETTIMANALI)
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOLOGA VOLONTARIA
Principali attività e responsabilità	PREVENZIONE DEL BULLISMO E DEL DISAGIO INFANTILE
Tipo di attività o settore	ATTIVITA' DI SERVIZIO CIVILE
Date	DAL 10/01/2006 AL 10/03/2006 (20 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	FORMATRICE
Principali attività e responsabilità	P.O.N "LA SCUOLA PER LO SVILUPPO-ASSISTENZA ALL'ANZIANO"
Nome e indirizzo del datore di lavoro	I.T.C IGNAZIO SILONE SAN FERDINANDO DI PUGLIA (BT)
Tipo di attività o settore	FORMATRICE IN PSICOLOGIA DELL'ANZIANO
Date	DAL 01/09/06 AL 31/12/2006
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOLOGA
Principali attività e responsabilità	PSICOLOGA PROGETTO "MANFREDONIA SOLIDALE" PER L'ACCOGLIENZA ED INTEGRAZIONE DEI RIFUGIATI E DEI BENEFICIARI PROTEZIONE UMANITARIA
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASSOCIAZIONE P.A.S.E.R DI MANFREDONIA -
Tipo di attività o settore	CONSULENZE PSICOLOGICHE CON GLI UTENTI IN ACCOGLIENZA PER COLLOQUI INDIVIDUALI, DI GRUPPO O DI INDIRIZZO PER LE VITTIME DI TORTURA, ASSISTENZA DEGLI OPERATORI NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE CON GLI UTENTI CHE PRESENTANO PARTICOLARI DIFFICOLTA', INCONTRI PERIODICI CON IL GRUPPO DEGLI OPERATORI DI PROGETTO PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA'.
Date	DAL 27/09/06 AL 30/09/2006
Lavoro o posizione ricoperti	RELAZIONE PSICOLOGICA
Principali attività e responsabilità	RELAZIONE SU : MENTE E CERVELLO – AN UP TO DATE SU CLINICA E NUOVE TERAPIE
Nome e indirizzo del datore di lavoro	HOTEL SHERATON BARI
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE
Date	DAL 27/09/06 AL 30/09/2006
Lavoro o posizione ricoperti	RELAZIONE PSICOLOGICA
Principali attività e responsabilità	RELAZIONE SU : MENTE E CERVELLO – AN UP TO DATE SU CLINICA E NUOVE TERAPIE
Nome e indirizzo del datore di lavoro	HOTEL SHERATON BARI

Tipo di attività o settore	FORMAZIONE
Date	DAL 01/01/07 AL 31/12/2007
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOLOGA -
Principali attività e responsabilità	PROGETTO "MANFREDONIA SOLIDALE" PER L'ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE DEI RIFUGIATI E DEI BENEFICIARI PROTEZIONE UMANITARIA
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASSOCIAZIONE P.A.S.E.R DI MANFREDONIA
Tipo di attività o settore	CONSULENZE PSICOLOGICHE CON GLI UTENTI IN ACCOGLIENZA PER COLLOQUI (INDIVIDUALI, DI GRUPPO O DI INDIRIZZO PER LE VITTIME DI TORTURA, ASSISTENZA DEGLI OPERATORI NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE CON GLI UTENTI CHE PRESENTANO PARTICOLARI DIFFICOLTA', INCONTRI PERIODICI CON IL GRUPPO DEGLI OPERATORI DI PROGETTO PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA'.
Date	DAL 06/11/06 AL 01/01/07 (10 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOLOGA
Principali attività e responsabilità	PROGETTO DI SPORTELLO DI CONSULENZA PSICOLOGICA
Nome e indirizzo del datore di lavoro	SCUOLA ELEMENTARE "EDMONDO DE AMICIS" SAN FERDINANDO DI PUGLIA
Tipo di attività o settore	CONSULENZE PSICOLOGICHE SUL DISAGIO SCOLASTICO E SULLE PROBLEMATICHE DI SVILUPPO EVOLUTIVO RIVOLTE A GENITORI, INSEGNANTI ED ALUNNI
Date	DAL 04/11/06 AL 08/02/07 (16 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE "ALDO MORO" MARGHERITA DI SAVOIA
Principali attività e responsabilità	PROGETTO P.O.R MISURA 3
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ESPERTO IN PSICOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE SCOLASTICA
Date	NEL 2007 (20 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA DELL'ADOLESCENZA
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE
Nome e indirizzo del datore di lavoro	'ASSOCIAZIONE P.A.S.E.R DEL COMUNE DI MANFREDONIA
Tipo di attività o settore	PROGETTO DI SERVIZIO CIVILE "STIAMO INSIEME"
Date	NEL 2007 (20 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA DELL'ADOLESCENZA
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE DELLE OPERATRICI DEL SERVIZIO CIVILE IN : PSICOLOGIA DEI GRUPPI, INTERVENTI DI PREVENZIONE DI DEVIANZA E RISOCIALIZZAZIONE, NOZIONI SUL BULLISMO E DEVIANZA, NOZIONI SUL DISAGIO, MODALITA' DI APPROCCIO COMUNICAZIONALE.
Nome e indirizzo del datore di lavoro	'ASSOCIAZIONE P.A.S.E.R DEL COMUNE DI MANFREDONIA
Tipo di attività o settore	PROGETTO DI SERVIZIO CIVILE "STIAMO INSIEME"
Date	15 ORE (DA GENNAIO 2007 A GIUGNO 2007)
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOLOGA ESPERTO IN PSICOLOGIA

Principali attività e responsabilità	P.O.N MISURA 3 AZIONE 3.1 "PREVENZIONE E RECUPERO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA DI ALUNNI DELLA SCUOLA DI BASE NELLE AREE A MASSIMO RISCHIO DI ESCLUSIONE CULTURALE E SOCIALE"
Nome e indirizzo del datore di lavoro	SCUOLA MEDIA STATALE "DON BOSCO" DI CERIGNOLA
Tipo di attività o settore	ESPERTO IN PSICOLOGIA PER IL MODULO ESPRESSIVO-RELAZIONALE RIVOLTO AI GENITORI
Date	20 ORE (DA GENNAIO 2007 A GIUGNO 2007)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA
Principali attività e responsabilità	P.O.N MISURA 3 AZIONE 3.1 "PREVENZIONE E RECUPERO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA DI ALUNNI DELLA SCUOLA DI BASE NELLE AREE A MASSIMO RISCHIO DI ESCLUSIONE CULTURALE E SOCIALE"
Nome e indirizzo del datore di lavoro	1 CIRCOLO SCUOLA ELEMENTARE "GIOSUE' CARDUCCI" CERIGNOLA
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE INSEGNANTI PER IL MODULO ESPRESSIVO-RELAZIONALE
Date	DAL 04/06/07 AL 24/07/2007 (50 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO EQUIPE SOCIO-PSICO-PEDAGOGICA
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE E RECUPERO DI MINORI A RISCHIO DI DEVIANZA
Nome e indirizzo del datore di lavoro	I.FOR. P.M.I. – Prometeo Puglia- TRANI (BA)
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE INSEGNANTI PER IL MODULO ESPRESSIVO-RELAZIONALE
Date	DAL 02/10/2007 AL 01/09/2010
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA
Principali attività e responsabilità	RIABILITAZIONE , SOSTEGNO PSICOLOGICO, TERAPIA DI GRUPPO
Nome e indirizzo del datore di lavoro	CENTRO DIURNO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA "SORRISO" FG CONVENZIONATO ASL
Tipo di attività o settore	SANITARIA
Date	DAL 05/10/07 AL 12/11/07 (30 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE "ALDO MORO" MARGHERITA DI SAVOIA
Tipo di attività o settore	PROGETTO P.O.R MISURA 3
Date	DAL 31/10/07 AL 09/11/07 (60ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE OPERATORE SOCIO-SANITARIO
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ENTE DI FORMAZIONE E.F.A.P PRESSO IL LICEO SCIENTIFICO STATALE CERIGNOLA (FG)
Tipo di attività o settore	PROGETTO P.O.R

Date	DAL 05/03/08 AD OGGI (30 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA RELAZIONALE
Principali attività e responsabilità	“PREVENZIONE E RECUPERO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA DI ALUNNI DELLA SCUOLA DI BASE NELLE AREE A MASSIMO RISCHIO DI ESCLUSIONE CULTURALE E SOCIALE”
Nome e indirizzo del datore di lavoro	DIREZIONE DIDATTICA STATALE “DON MILANI”- TRINITAPOLI (FG)
Tipo di attività o settore	P.O.N MISURA 3 AZIONE 3.1 MODULO SOCIO-RELAZIONALE –MODULO GENITORI (F1)
Date	(30 ORE) MAGGIO-GIUGNO 2008
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA – MODULO F1 FORMAZIONE GENITORI
Principali attività e responsabilità	“PREVENZIONE E RECUPERO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA DI ALUNNI DELLA SCUOLA DI BASE NELLE AREE A MASSIMO RISCHIO DI ESCLUSIONE CULTURALE E SOCIALE”
Nome e indirizzo del datore di lavoro	DIREZIONE DIDATTICA STATALE “PAOLILLO” CERIGNOLA
Tipo di attività o settore	P.O.N MISURA 3 AZIONE AZIONE 3.1
Date	(15 ORE) LUGLIO 2008
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA .
Principali attività e responsabilità	P.O.N - CORSO GRAFICO 3D
Nome e indirizzo del datore di lavoro	I.T.I.S “IGNAZIO SILONE” SAN FERDINANDO DI P
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE
Date	(40 ORE- 8 GIORNATE) SETTEMBRE 2008
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE OPERATORI SERVIZIO CIVILE PROGETTO “CAM”
Nome e indirizzo del datore di lavoro	P.A.S.E.R MANFREDONIA
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE OPERATORI SERVIZIO CIVILE
Date	(40 ORE- 8 GIORNATE) OTTOBRE 2008
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE OPERATORI EQUIPE PSICO-PEDAGOGICA
Nome e indirizzo del datore di lavoro	C.U.S - CENTRO DIURNO DI RIABILITAZIONE FOGGIA CONVENZIONATO ASL
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE EQUIPÈ SANITARIA
Date	(40 ORE- 8 GIORNATE) NOVEMBRE 2008
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE OPERATORI EQUIPE PSICO-PEDAGOGICA
Nome e indirizzo del datore di lavoro	C.U.S - COMUNITA’ DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA “CASA FAMIGLIA”CERIGNOLA
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE SANITARIA
Date	DA DICEMBRE 2008 AD APRILE2009
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOTERAPEUTA
Principali attività e responsabilità	COMUNITÀ PSICHIATRICA

Nome e indirizzo del datore di lavoro	COMUNITÀ ASSISTENZIALE PSICHIATRICA "CASA FAMIGLIA" – CERIGNOLA(FG)CONVENZIONATA ASL
Tipo di attività o settore	SANITARIO
Date	MARZO 2009– 40 ORE – 8 GIORNATE (FORMAZIONE OPERATORI ED EQUIPE)
Lavoro o posizione ricoperti	PSICOTERAPEUTA
Principali attività e responsabilità	FORMAZIONE EQUIPÈ
Nome e indirizzo del datore di lavoro	COMUNITÀ ASSISTENZIALE PSICHIATRICA "CASA FAMIGLIA" – CERIGNOLA(FG)
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE SANITARIA
Date	MAGGIO 2009– GIUGNO 2009 (15 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA
Principali attività e responsabilità	P.O.N MISURA 3 AZIONE 3.1 "PREVENZIONE E RECUPERO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA DI ALUNNI DELLA SCUOLA DI BASE NELLE AREE A MASSIMO RISCHIO DI ESCLUSIONE CULTURALE E SOCIALE"
Nome e indirizzo del datore di lavoro	DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARCONI" CERIGNOLA–
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE SCOLASTICA
Date	MAGGIO 2009– GIUGNO 2009 (15 ORE)
Lavoro o posizione ricoperti	ESPERTO IN PSICOLOGIA – MODULO F1 FORMAZIONE GENITORI
Principali attività e responsabilità	P.O.N MISURA 3 AZIONE 3.1 "PREVENZIONE E RECUPERO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA DI ALUNNI DELLA SCUOLA DI BASE NELLE AREE A MASSIMO RISCHIO DI ESCLUSIONE CULTURALE E SOCIALE"
Nome e indirizzo del datore di lavoro	DIREZIONE DIDATTICA STATALE "PAOLILLO" CERIGNOLA
Tipo di attività o settore	FORMAZIONE SCOLASTICA
Date	DA 1/10/2010
Lavoro o posizione ricoperti	INCARICO A TEMPO INDETERMINATO SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESSO S.E.R.T ASL FG COME PSICOTERAPEUTA CASA CIRCONDARIALE FOGGIA
Principali attività e responsabilità	RECUPERO E SOSTEGNO PSICOLOGICO DETENUTI TOSSICODIPENDENTI E ALCODIPENDENTI
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASL FG
Tipo di attività o settore	SANITARIO
Date	NEL 2014

Lavoro o posizione ricoperti **INCARICO SETTIMANAL 3 A TEMPO INDETERMINATO SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESSO ASL AMBULATORIO DI PSICOLOGIA CLINICA CERIGNOLA E PRESSO SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Nome e indirizzo del datore di lavoro **ASL FG**

Tipo di attività o settore **SANITARIO**

DAL 2015 AD OGGI

Date

Lavoro o posizione ricoperti **TITOLARE DI N.38 ORE A TEMPO INDETERMINATO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESSO IL CENTRO DI SALUTE MENTALE MARGHERITA DI SAVOIA E PRESSO II.PP TRANI**

Principali attività e responsabilità **DIRIGENTE PSICOLOGA**

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività o settore

PSICOTERAPIA, SOMMINISTRAZIONE WAIS, M.M.P.I, VADO, RORSCHARCH, SERVIZIO NUOVI GIUNTI E GRANDI SORVEGLIANZE .

Istruzione e formazione

Date **03/12/2002**

Titolo della qualifica rilasciata **DOTTORE IN PSICOLOGIA**

Principali tematiche/competenze professionali acquisite **LAUREA IN PSICOLOGIA INDIRIZZO CLINICO**

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione **FACOLTA' DI PSICOLOGIA-UNIVERSITA' LA SAPIENZA DI ROMA**

Livello nella classificazione nazionale o internazionale **VECCHIO ORDINAMENTO**

Date **08/07/2004**

Titolo della qualifica rilasciata

Abilitazione all'esercizio conseguita presso l'Università di Bari

ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE PUGLIA

Principali tematiche/competenze professionali acquisite **PSICOLOGIA**

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI**

Livello nella classificazione nazionale o internazionale

Date	DAL 18/07/2007
Titolo della qualifica rilasciata	PSICOTERAPEUTA, SPECIALISTA IN PSICOLOGIA CLINICA , PSICOTERAPIA INDIVIDUALE E DI GRUPPO.
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	PSICOLOGIA CLINICA, PSICOTERAPIA
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	VINCITORE DI CONCORSO PER SCUOLA SPECIALIZZAZIONE IN PSICOLOGIA CLINICA PUBBLICA PRESSO LA STRUTTURA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DEL POLICLINICO DI BARI,DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA (DURATA QUATTRO ANNI)
Livello nella classificazione nazionale o internazionale	CON VOTAZIONE 50/50 E CON LA CONCESSIONE DELLA LODE SCUOLA POST-LAUREAM QUADRIENNALE
Date	DAL 19 AL 22 APRILE 2008
Titolo della qualifica rilasciata	PROGETTO V.I.T.O
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	CORSO DI ALTA FORMAZIONE SULLA CURA,IDENTIFICAZIONE E CERTIFICAZIONE DI VITTIME DI TORTURA E RIFUGIATI POLITICI
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	CIR (ONLUS) DI ROMA
Livello nella classificazione nazionale o internazionale	ALTA FORMAZIONE
Date	DAL 01/10/2004 AL 01/11/2005
Titolo della qualifica rilasciata	PSICOLOGO SCOLASTICO
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	COOMPETENZE IN AMBITO DI PREVENZIONE DEL DISAGIO INFANTILE
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	ISTITUTO "CARLO AMORE" DI ROMA
Livello nella classificazione nazionale o internazionale	MASTER
Date	APRILE 2006
Titolo della qualifica rilasciata	PSICOLOGO VALUTATORE DEGLI EVENTI TRAUMATICI
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	COMPETENZA NELLA VALUTAZIONE DEGLI EVENTI TRAUMATICI E NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	I MOVIMENTO PSICOLOGI INDIPENDENTI DI FIRENZE (M.O.P.I)

Livello nella classificazione nazionale o internazionale	MASTER
Date	16/06/ 2006 (DURATA 6 MESI)
Titolo della qualifica rilasciata	ATTESTATO DI INGLESE
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	7° LIVELLO DI COMPETENZA ACQUISITA
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	TRINITY COLLEGE DI LONDRA
Livello nella classificazione nazionale o internazionale	

- Date (da – a) 28/05/2000 (DURATA 48 ORE)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

SCUOLA DI PSICOTERAPIA INTEGRATA ED IPNOSI “IKOS” DI BARI

ATTESTATO DI COMPETENZA ACQUISITA NELL’USO DI TECNICHE DI IPNOSI ENERGETICA, SIMBOLICA ED ERICKSONIANA
- Date (da – a) 20/06/2001
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI “LA SAPIENZA” DI ROMA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE ALL’ESPERIENZA PRATICO-GUIDATA (E.P.G) SULLA “FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DELLA GIUSTIZIA”
- Date (da – a) DAL 05 OTTOBRE 2001 ALL’ 11 MAGGIO 2002 (90 ORE)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

COISP PRESSO L’AULA DIDATTICA DELLA QUESTURA DI ROMA

ATTESTATO DI ACQUISIZIONE DI SPECIFICHE COMPETENZE IN SCIENZE CRIMINOLOGICHE
- Date (da – a) 29/09/2002
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

ASSOCIAZIONE SOCCORITORI ITALIANI DI SAN FERDINANDO DI PUGLIA

DIPLOMA SOCCORRITORE
- Date (da – a) MAGGIO-GIUGNO 2003 (26 ORE)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

CONSORZIO ITALIANO DI SOLIDARIETA’ (ICS) –ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI DI FOGGIA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO “DIRITTO DI ASILO,DOVERE DI ACCOGLENZA “PER OPERATORI DELL’ACCOGLENZA E DEI SERVIZI DI ASSISTENZA PER IMMIGRATI
- Date (da – a) OTTOBRE 2003 (15 ORE)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

AMMINISTRAZIONE COMUNALE SAN FERDINANDO DI PUGLIA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE “GOVERNO DEL MONDO E CITTADINANZA ATTIVA GLOBALE”
- Date (da – a) 16/12/04
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

CENTRO DI INTERVENTO SUI SISTEMI UMANI-UNIVERSITA’ DI BARI

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE “ FAMIGLIE E NUOVE ESIGENZE PSICOSOCIALI”
- Date (da – a) DAL 10/02/05 AL 17/03/05 (40 ORE)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI DI FOGGIA- SCUOLA MATERNA “C.FIGLIOLIA” FG

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI “FIABOTERAPIA”
- Date (da – a) 7-14-21-28/05/2005
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

ASSOCIAZIONE “VITA” ONLUS DI MANFREDONIA

- Qualifica conseguita

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE IN“PSICONCOLOGIA, BASI NEUROPSICOLOGICHE, ASPETTI CLINICI E MODALITA' D'INTERVENTO”

- Date (da – a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

DAL 18/03/2005 AL 15/06/2005
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FOGGIA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO UNIVERSITARIO MULTIDISCIPLINARE DI“EDUCAZIONE ALLO SVILUPPO”

- Date (da – a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

DAL 18/10/2005
AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI FOGGIA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE “TRATTAMENTO ED ABUSO ALL'INFANZIA

- Date (da – a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

DAL 18-25/02/2006
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE “ I TRAUMI PSICOLOGICI: CAUSE E POSSIBILI RIMEDI

- Date (da – a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

DAL 11-12/05/06
FIALS FORMAZIONE

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI AGGIORNAMENTO IN B.L.S.D

- Date (da – a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

DAL 28/04, 02/05, 05/05/2006 (12ORE)
CENTRO STUDI ERICKSSON DI GAROLO DI TRENTO

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI AGGIORNAMENTO “ LE DIVERSE ABILITA': ALLEANZE PSICOEDUCATIVE ED INSERIMENTO”

- Date (da – a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

NOVEMBRE 2005-GIUGNO 2006 (80ORE)
ISTITUTO SUPERIORE DI RICERCHE GRAFOLOGICHE E TECNICHE DI COMUNICAZIONE “A. NAZZARO” DI FOGGIA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI COMUNICAZIONE “IL GESTO GRAFICO”

- Date (da – a)
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita

NOVEMBRE –MAGGIO 2005-2006
ISTITUTO SCOLASTICO “A. DE BONIS” DI SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE ALLA “GENITORIALITA”

- Date (da – a) 20/26/27/ 09- 2008, 03/04-OTTOBRE2008
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione AMM. COMUNALE DI MANFREDONIA (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE ALLA “MIGRANTI FORZATI-ACCOGLIENZA, INTEGRAZIONE”

- Date (da – a) 27/28/03 E 09/04/2009
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASSOC. VITA ONLUS-SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)
 - Qualifica conseguita *ATTESTAZIONE DI PARTECIPAZIONE AL CORSO TEORICO PRATICO “ AGGIORNAMENTI IN RIABILITAZIONE PSICHIATRICA”.*

- Date (da – a) da Marzo 2009 ad Aprile 2009 (4 incontri)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
 - Qualifica conseguita *Attestato di partecipazione al corso “rischi in ambito sanitario”*

- Date (da – a) 30/09,14-21-28/10, 4/11/2009 (5 INCONTRI)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DISAGIO DIFFUSO, APPROCCIO CLINICO PSICHIATRICO TRADIZIONALE E METODO ALLA SALUTE”

- ## CONVEGNI

- Date (da – a) ANNO ACCADEMICO 2000-2001 (4 GIORNATE)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DEI PROCESSI DI SVILUPPO E SOCIALIZZAZIONE DELL’UNIVERSITA’ LA SAPIENZA DI ROMA
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE ALLE SEGUENTI ESPERIENZE PRATICO GUIDATA SUI :
- MODELLI DI INTERVENTO DEL SISTEMA DI GIUSTIZIA” E “ORDINAMENTO PENITENZIARIO E PROBLEMATICHE CONNESSE”
- LA PERIZIA PSICHIATRICA E PSICOLOGICA;
- LA PROSTITUZIONE E LE SUE VITTIME;
- CAMPO CORTO, FRAMMENTI DI VITA QUOTIDIANA DIETRO LE SBARRE

- Date (da – a) 16/10/2000
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione DIPARTIMENTO DI SCIENZE NEUROLOGICHE E PSICHIATRICHE DELL’ETA’ EVOLUTIVA

- Date (da – a) 12/12/2003
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI FOGGIA

- Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO "LE DIPENDENZE PATOLOGICHE NEL SISTEMA INTEGRATO SOCIO-SANITARIO"

- Date (da – a) 30/04/2004
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI FOGGIA

- Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL SEMINARIO "PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SU E TRA I MINORI- BULLISMO "

- Date (da – a) 18/10/2004
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione SOCIETA' ITALIANA DI PSICHIATRIA DI BARI

- Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO INTEGRAZIONE " PIANI GESTIONALI E TERAPEUTICI DEL PAZIENTE NELLA FASE ACUTA E CRONICA DEL DISTURBO SCHIZOFRENICO "

- Date (da – a) 10-11-12/10/2004
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FOGGIA

- Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO "TRAUMA PSICHICO, STRESS E REAZIONI PSICOPATICHE AGLI EVENTI"

- Date (da – a) 03/03/2005
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
- Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL SEMINARIO " PROGETTO S.E.N.E.C.A"

- Date (da – a) 07/04/05
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASSOCIAZIONE COMUNITA' EMMAUS-ONLUS DI FOGGIA
- Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO "KAIROS"

- Date (da – a) 3-4-5/06/2005
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione PATIS- CITTA' DELLA RICERCA DI BRINDISI
- Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO "PERVERSIONI, DIAGNOSI E TRATTAMENTO"

- Date (da – a) 07/06/2005
 - Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL'ASL FG2 DI CERIGNOLA (FG)
- Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO "NUOVE PROSPETTIVE DEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BIPOLARE"

- Date (da – a) 07-08/09/2005
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione CENTRO DI ORIENTAMENTO “DON BOSCO” DI ANDRIA (BA)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “A SCUOLA DI PACE, IL DIALOGO TRA LE CULTURE” E “LA GESTIONE DEI CONFLITTI”
- Date (da – a) 09/09/2005
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione OSPEDALI RIUNITI (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “LA GESTIONE SANITARIA DEL PAZIENTE ANZIANO, L’INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE”
- Date (da – a) 19/11/2005
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL’ASL FG2 DI CERIGNOLA (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “IL MALATO PSICHIATRICO”
- Date (da – a) 13/12/2005
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ISTITUTO DI PSICOTERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE (GIA’ ISTITUTO APPULO-LUCANO) DI BARI
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL SEMINARIO “LAVORO CLINICO CON COPPIE E FAMIGLIE”
- Date (da – a) 14-15-19-20/12/2005
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione PROGETTO FORMATIVO
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL SEMINARIO “GLI ESPERTI PARLANO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA ”
- Date (da – a) 29/12/2005
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL’ASL FG2 DI CERIGNOLA (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “LA DEPRESSIONE”
- Date (da – a) 21/01/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL’ASL FG2 DI CERIGNOLA (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “USO, ABUSO E DIPENDENZA DA ALCOL”
- Date (da – a) 26/01/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL’ASL FG2 DI CERIGNOLA (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “ CONFERENZA DEI SERVIZI SANITARI”
- Date (da – a) 26/01/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL’ASL FG2 DI CERIGNOLA (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “ CONFERENZA DEI SERVIZI SANITARI”
- Date (da – a) 28/02/2006 E 01/03/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione LIBERA UNIVERSITA’ DEGLI STUDI “SAN PIO” DI FOGGIA
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “ABUSI E DIPENDENZE PATOLOGICHE-PREVENZIONE E FORMAZIONE”

- Date (da – a) 04/03/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FOGGIA
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE ALCONVEGNO "RIPENSARE LA RIABILITAZIONE PSICO-SOCIALE"
- Date (da – a) 21/04/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASSOCIAZIONE ACUDIPA DI FOGGIA
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE ALCONVEGNO "LA PERSONALITA'- NASCITA, SVILUPPO, ASCOLTO E CURA"
- Date (da – a) 20/07/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE ALCONVEGNO "PROGETTO IN FAMIGLIA"
- Date (da – a) 13/10/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASL FG2 MANFREDONIA (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE ALCONVEGNO "QUALITA' DELLA VITA NEI DISTURBI DELL'UMORE"
- Date (da – a) 13-14/12/2006
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione POLICLINICO DI BARI
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE ALCONVEGNO "CIBO E CORPO-PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE"
- Date (da – a) 22-29/03/07 E 02/04/2007
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASSOCIAZIONE CULTURALE "BAOBAB"
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL SEMINARIO FORMATIVO "USO ED ABUSO DI ALCOL"
- Date (da – a) 26/03/2007 AL 03/04/2007
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI E CULTURALI DI MANFREDONIA (FG)
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL SEMINARIO FORMATIVO "STUDI INTERCULTURALI"
- Date (da – a) DAL 10/03/08 AL 11/03/08
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FOGGIA
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO "AGGIORNAMENTI IN RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE"
- Date (da – a) 17/05/08
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione ASSOCIAZIONE CARPE-DIEM - MANFREDONIA
 - Qualifica conseguita ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO "IL TRAUMA CRANICO".

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Qualifica conseguita

22/05/2009 (6 ORE FORMATIVE)
 PROVINCIA DI FOGGIA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “ADOLESCENTI DIFFICILI E GENITORI IN CRISI”.

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Qualifica conseguita

23/24/10/2009
 ASSOCIAZIONE CARPE-DIEM - MANFREDONIA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO “I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE”.

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

Madrelingua(e) **italiano**

Altra(e) lingua(e) **inglese**

Autovalutazione
 Livello europeo (*)

Lingua

Lingua

Comprensione		Parlato		Scritto
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
BUONA	BUONA	BUONA	BUONA	BUONA

(*) [Quadro comune europeo di riferimento per le lingue](#)

Capacità e competenze sociali

SVILUPPO DI CAPACITÀ RELAZIONALI ,D' INIZIATIVA E DI SPIRITO DI SQUADRA NELLA COLLABORAZIONE ALLA CATTEDRA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE.

Capacità e competenze organizzative

ACQUISIZIONE DI COMPETENZE ORGANIZZATIVE NELLO SVILUPPARE PIANI DI LAVORO NELLE ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO E NELL'ORGANIZZAZIONE DEI PROGETTI PER LE SCUOLE

Capacità e competenze tecniche

ACQUISIZIONE DI COMPETENZA NELL'UTILIZZARE DIAGNOSI COMPUTERIZZATE ACQUISITE DURANTE LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO POST-LAUREAM E NEL LAVORO DI CREAZIONE DI CARTELLE CLINICHE E PROGETTI RIABILITATIVI

Capacità e competenze
informatiche

ACQUISIZIONE DI COMPETENZA NELL'UTILIZZARE DIAGNOSI COMPUTERIZZATE ACQUISITE DURANTE LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO POST-LAUREAM E NEL LAVORO DI CREAZIONE DI CARTELLE CLINICHE E PROGETTI RIABILITATIVI

Patente

PATENTE CAT. B

Allegati

Firma

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". (facoltativo, v. istruzioni)