

Iscritta alle Liste Categorie Protette

ai sensi della Legge 68/99.

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Cognome e Nome

Mariano Antimo

Indirizzo

**VIA CASACELLE N.506, GIUGLIANO IN CAMPANIA**

Telefono

**3791720043**

Fax

E-mail

**antimoserviziimm@libero.it**

Nazionalità

Italiana

Data e Luogo di nascita  
Invalidità civile

12/02/1993 A MUGNANO DI NAPOLI (NA)

50% ( senza limitazione per attività lavorativa, disponibile al trasferimento)

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

• Date (da – a)

*Dal 2012 al 2013*

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

*Posta privata*

• Tipo di azienda o settore

• Tipo di impiego

Responsabile super visore

• Principali mansioni e responsabilità

*Organizzazione dell' ufficio e assistenza alla clientela*

• Date (da – a)

*Dal 2014 al 2014*

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

*Eurobet di Ponticelli Salvatore*

• Tipo di azienda o settore

Agenzie di scommesse

• Tipo di impiego

Responsabile supervisore

• Principali mansioni e responsabilità

Addetto alle informazioni e addetto all'organizzazione turni

Relazione con il cliente.

• Date (da – a)

*Dal 2016 al 2018*

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

*SEMPRE CASA ,SAVERIO RUSSO*

• Tipo di azienda o settore

*Agenzia immobiliare*

Consulente interno ed esterno

<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>• Date (da – a)</li> <li>• Nome e indirizzo del datore di lavoro</li> </ul>	<p>Addetto alla relazione con la clientela e stipule di contratti e atti notarili</p> <p>Dal 2018 al 2019</p> <p>Villa santa chiara giugliano in campania via carafiello</p>
<p>Tipo di azienda o settore</p> <p>Tipo di impiego</p> <p>Principali mansioni e responsabilità</p>	<p>Sanita'</p> <p>Osss</p> <p>Operatore socio sanitario con formazione complementare , completamento di tutti gli incarichi quotidiani volti a migliorare la qualita'della Vita nei pazienti anziani.Gestione delle cure post-operatorie ai pazienti durante le fasi di dimissione.Assistenza ai pazienti nelle funzioni quotidiane .Garanzia di benessere e sicurezza dei pazienti .Esperienza con varie condizioni mediche compreso il Parkison , la demenza , il diabete , il cancro. Aiuto ai pazienti nelle attivita' di toeletta , nella vestizione ,nella nutrizione , nel sollevamento e nei trasferimenti .Assistenza a pazienti nel bagno , nella vestizione e nella cura del corpo . E nella misurazione dei parametri vitali , e Nella somministrazione di terapia orale, sottocutanea e intramuscolare .</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome e indirizzo del datore di lavoro</li> </ul>	<p>Date (da – a)</p> <p>DAL 01-04-2020 AL 30-06-2020</p> <p>Bourelly Health Service</p>
<p>Tipo di impiego</p> <p>Principali mansioni e responsabilità</p>	<p>Sanita'</p> <p>OSSS</p> <p>Misurazione dei parametri vitali ,somministrazione di terapia orale sottocutanea e Intramuscolare.</p>

### ISTRUZIONE E FORMAZIONE

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date (da – a)</li> <li>• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione</li> </ul>	<p>Anno 2011-2012</p> <p>Istituto tecnico commerciale e per geometri liceo scientifico "San Felice"</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifica conseguita</li> </ul>	<p><i>Diploma di maturità di Geometra</i></p>

• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

-63 su 100

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

22/03/2016

Istituto di formazione professionale ,Regione Campania

Operatore Socio Sanitario con formazione complementare  
O.S.S.S 400 Ore di cui:

Unità di competenza UC1, 30h;

Unità di competenza UC2, 30h;

Unità di competenza UC3 40h;

Unità di competenza UC4 40h;

Unità di competenza UC5 30h;

Tirocinio praticato presso A.O.U. "Federico II" Via Pansini 5, Napoli, 200h;

Ulteriori esperienze pratiche 30h.

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

**26 -04-2020**

**Istituto Superiore di Sanita'**

**Corso Fad**

**Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza Covid-19 (per operatori di supporto)**

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

**16-06-2020**

**Regione campania Blsd -Pblsd**

**Esecutore B.L.S.D. Adulto – Pediatrico e infante**

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

**15-06-2020**

**Regione campania P.T.C**

**Esecutore P.T.C Prehospital trauma care**

## CAPACITÀ E COMPETENZE

### PERSONALI

*Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.*

### MADRELINGUA

### ALTRE LINGUE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

- **Predisposizione al lavoro di gruppo**
- **Attitudine a lavorare per obiettivi**
- **Ottime doti comunicative**
- **Ottime capacità organizzative**
- **Responsabile e volenteroso**

ITALIANA

INGLESE

MEDIA

MEDIA

MEDIA

APACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

*Con computer, attrezzature specifiche,  
macchinari, ecc*

**Ottima capacità di relazionarsi e disponibilità e  
cordialità in ogni evenienza. Dal punto di vista  
professionale una persona educata e responsabile,  
competente ed autonoma e predisposta a nuove  
conoscenze in ambito lavorativo.  
Ottima conoscenza del pacchetto office.**

PATENTE O PATENTI

PATENTE DI GUIDA A1 E B

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"

**Antimo Mariano**