|  |  |
| --- | --- |
| **curriculum vitae** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Informazioni personali** |  |
| Nome | **Bastai Francesca** |
| Indirizzo di residenza |  |
| Telefono |  |
| E-mail / PEC | [bastai.francesca@policlinico.mo.it](mailto:bastai.francesca@policlinico.mo.it) |
| Nazionalità | Italiana |
| Data e luogo di nascita | 08/01/1986 Sassuolo |
| Codice Fiscale |  |
| Partita Iva | 03526860360 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Esperienza lavorativa** |  |
| **•** Date (da – a) | **Dal 1° luglio 2013 ad oggi** |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro | Centro di Medicina della Riproduzione Umana del Policlinico di Modena |
| **•** Tipo di azienda o settore | Laboratorio di Procreazione Medicalmente Assistita di III livello |
| **•** Tipo di impiego | Biologa contrattista |
| **•** Principali mansioni e responsabilità | Collaborazione professionale |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **Maggio 2013 al 31 luglio 2013** |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro | Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia, Azienda AUSL, Forlì |
| **•** Tipo di azienda o settore | Laboratorio di Procreazione Medicalmente Assistita di I livello |
| **•** Tipo di impiego | Frequentatrice volontaria |
| **•** Principali mansioni e responsabilità | Collaborazione professionale |
|  |  |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **Da Febbraio 2013 a Marzo 2013** |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro | Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, ASMN, Reggio Emilia |
| **•** Tipo di azienda o settore | Laboratorio di Procreazione Medicalmente Assistita di III livello |
| **•** Tipo di impiego | Contratto di lavoro autonomo occasionale per l’associazione “A. Vallisneri” Onlus |
| **•** Principali mansioni e responsabilità | Collaborazione professionale |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **Da Ottobre 2012 a Marzo 2013** |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro | Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia, ASMN, Reggio Emilia |
| **•** Tipo di azienda o settore | Laboratorio di Procreazione Medicalmente Assistita di III livello |
| **•** Tipo di impiego | Frequentatrice volontaria |
| **•** Principali mansioni e responsabilità | Collaborazione professionale |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **Da Maggio 2011 a Dicembre 2011** |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro | Centro di Medicina della Riproduzione Umana del Policlinico di Modena |
| **•** Tipo di azienda o settore | Laboratorio di Procreazione Medicalmente Assistita di III livello |
| **•** Tipo di impiego | Frequentatrice volontaria |
| **•** Principali mansioni e responsabilità | Collaborazione professionale |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **Da Febbraio 2012 a Dicembre 2012** |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro | Centro di Medicina della Riproduzione Umana del Policlinico di Modena |
| **•** Tipo di azienda o settore | Laboratorio di Procreazione Medicalmente Assistita di III livello |
| **•** Tipo di impiego | Frequentatrice volontaria |
| **•** Principali mansioni e responsabilità | Collaborazione professionale |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **Da Novembre 2011 a Giugno 2012** |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro | Centro di Medicina della Riproduzione Umana del Policlinico di Modena |
| **•** Tipo di azienda o settore | Laboratorio di Procreazione Medicalmente Assistita di III livello |
| **•** Tipo di impiego | Contratto diconsulenza per la ditta Origio Italia Spa per lo svolgimento della ricerca: “Utilizzo del Medicult IVM® System Origio Medicult Media” |
| **•** Principali mansioni e responsabilità | Collaborazione professionale |
| **Istruzione e formazione** |  |
| **•** Date (da – a) | **Da Luglio 2012 ad oggi** |
| **•** Nome e tipo di istruzione o formazione | Università degli studi di Torino |
| **•** Qualifica conseguita | Specializzanda in Biochimica Clinica |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **18 Luglio 2011** |
| **•** Nome e tipo di istruzione o formazione | Univerisità degli Studi di Modena e Reggio Emilia |
| **•** Qualifica conseguita | Abilitazione alla libera professione ed iscrizione all’Albo Nazionale dei Biologi, n° 065329 |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **14 Dicembre 2010** |
| **•** Nome e tipo di istruzione o formazione | Università degli studi di Modena e Reggio Emilia |
| **•** Qualifica conseguita | Laurea Magistrale in Biologia |
| **•** Votazione | 108/110 |
| **•** Titolo tesi | Stress ossidativo ed antiossidanti: presenza ed impatto sulla fertilità maschile e femminile (tesi di ricerca) |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **16 Dicembre 2008** |
| **•** Nome e tipo di istruzione o formazione | Università degli studi di Modena e Reggio Emilia |
| **•** Qualifica conseguita | Laurea in Scienze Biologiche |
| **•** Votazione | 105/110 |
| **•** Titolo tesi | La crioconservazione del liquido seminale (tesi di ricerca) |
|  |  |
| **•** Date (da – a) | **8 Luglio 2005** |
| **•** Nome e tipo di istruzione o formazione | Liceo Scientifico A.F. Formiggini |
| **•** Qualifica conseguita | Diploma di Maturità Scientifica |
| **•** Votazione | 70/100 |
|  |  |
| **Capacità e competenze tecniche** | * Tecniche di preparazione del liquido seminale per trattamenti di PMA quali **SWIM UP DA PELLET**, **STRATIFICAZIONE SU GRADIENTE** e **WASHING** |
|  | * **CRIOCONSERVAZIONE DEL LIQUIDO SEMINALE** |
|  | * **VITRIFICAZIONE DI EMBRIONI ED OVOCITI** |
|  | * **CONGELAMENTO E SCONGELAMENTO LENTO DI OVOCITI ED EMBRIONI** |
|  | * Esecuzione di **PICK UP** ovocitari in autonomia |
|  | * Controllo e verifica delle **FERTRILIZZAZIONI** e della **DIVISIONE EMBRIONALE** |
|  | * Conoscenza ed applicazione della tecnica di **Inseminazione Intra-Uterina (IUI)** in autonomia |
|  | * Conoscenza ed applicazione delle tecniche di secondo livello **(FIVET ed ICSI)** in autonomia |
|  | * Esecuzione di **TRANSFER EMBRIONARI** in autonomia |
|  | * Utilizzo del kit Callegari per la valutazione dello stress ossidativo nei fluidi biologici attraverso il **FORD** ed il **FORT test** |
|  |  |
| **Lingue** | **Inglese** |
| **•** Capacità di lettura | Livello: buono |
| **•** Capacità di scrittura | Livello: buono |
| **•** Capacità di espressione orale | Livello: buono |
|  |  |
| **Patente** | Tipo B, automunita |
|  |  |
| **Allegati** | * **Partecipazioni a corsi e convegni** |
|  | * **Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell’atto di notorietà** |
|  |  |
|  |  |
|  | Autorizzo al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/03 |
|  |  |
|  |  |
| Modena li, |  |
|  |  |
|  |  |
| Firma |  |
|  |  |
| **Partecipazioni a corsi e convegni** | |
|  |  |
| • Data | **25 e 26 Ottobre 2013** |
| • Materia del corso | **LA PAZIENTE DI DIFFICILE GESTIONE IN IVF** |
| • Sede del Corso | Centro G. EN. E. R. A (Roma) |
|  |  |
| • Data | **Dal 21 al 26 Ottobre 2013** |
| • Materia del corso | **Tirocinio teorico e pratico su sistemi di coltura embrionali e procedure di vitrificazione** |
| • Sede del Corso | Centro G. EN. E. R. A (Roma) |
|  |  |
| • Data | **22 e 23 Aprile 2013** |
| • Materia del corso | **IV CORSO NAZIONALE: DIAGNOSI E TERAPIA DELL’INFERTILITA’ INVOLONTARIA DI COPPIA** |
| • Sede del Corso | Ospedale S. Maria Nuova (Reggio Emilia) |
|  |  |
| • Data | **25 Ottobre 2012** |
| • Materia del corso | **COLTURE EMBRIONALI: SI PUO' AGIRE MEGLIO DELLA NATURA?** |
| • Sede del Corso | Centro G. EN. E. R. A (Roma) |
|  |  |
| • Data | **24, 25 e 26 Maggio 2012** |
| • Materia del corso | **II CONGRESSO FEDERAZIONE ITALIANA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DELLA RIPRODUZIONE** |
| • Sede del Corso | Palazzo dei Congressi (Riccione) |
|  |  |
| • Data | **16 Maggio 2012** |
| • Materia del corso | **ASPETTI ANDROLOGICI NEL PAZIENTE ONCOLOGICO** |
| • Sede del Corso | Policlinico di Padova (Padova) |
|  |  |
| • Data | **16 Marzo 2012** |
| • Materia del corso | **AGEING RIPRODUTTIVO E PCOS** |
| • Sede del Corso | Policlinico di Modena (Modena) |
|  |  |
| • Data | **17 Dicembre 2011** |
| • Materia del corso | **IL SABATO DELL’ANDROLOGIA-VENTESIMO INCONTRO-INFERTILITÀ DI COPPIA: I BIOLOGI SI CONFRONTANO CON I CLINICI** |
| • Sede del Corso | Azienda Ospedaliera S. Paolo (Milano) |
|  |  |
| • Data | **24, 25 e 26 Novembre 2011** |
| • Materia del corso | **L’ANDROLOGO NEL CENTRO DI PMA** |
| • Sede del Corso | Azienda Ospedalirea S. Paolo (Milano) |
|  |  |
| • Data | **6 Maggio 2011** |
| • Materia del corso | **AGGIORNAMENTI IN TEMA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA E DIAGNOSI PRENATALE** |
| • Sede del Corso | GynePro (Bologna) |
|  |  |
| • Data | **29 Aprile 2011** |
| • Materia del corso | **PREVENZIONE DELL’INFERTILITÀ** |
| • Sede del Corso | Policlinico di Modena (Modena) |
|  |  |
| • Data | **29 e 30 Novembre 2010** |
| • Materia del corso | **IX CORSO DI CRIOCONSERVAZIONE GAMETICA PER LA TUTELA DELLA FERTILITA’ UMANA** |
| • Sede del Corso | Policlinico S.Orsola (Bologna) |
|  |  |
| • Data | **Maggio 2010** |
| • Materia del corso | **CORSO DI FORMAZIONE ALLA SICUREZZA SUL LAVORO sicurMORE** |
| • Sede del Corso | Corso Online |
|  |  |
| • Data | **28, 29 e 30 Maggio 2009** |
| • Materia del corso | **1° CONGRESSO UNIFICATO DELLE SOCIETA’ ITALIANE DI MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE** |
| • Sede del Corso | Palazzo dei Congressi (Riccione) |
|  |  |
| • Data | **15 e 14 Novembre 2008** |
| • Materia del corso | **LE TECNICHE DI PMA DI I LIVELLO** |
| • Sede del Corso | SISMER- Centro di Procreazione Assistita (Bologna) |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(ARTT. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s. i. e m.)

La sottoscritta BASTAI FRANCESCA

Nata a SASSUOLO prov. (MO) il 08/01/1986 codice fiscale BSTFNC86A48I462G

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici per effetto dell’art.75 del citato D.P.R.

**dichiara**

- che gli stati, le qualità personali e i fatti riportati nella istanza e nel curriculum rispondono a verità;

- che le copie dei documenti presentati sono conformi all’originale.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art.13 D.Lgs 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all’Ufficio competente insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Ai sensi dell’art. 19 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all’originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all’originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati nonché ogni altro stato, qualità personale o fatto che il candidato ritenga utile ai fini dell’ammissione alla selezione e/o della valutazione dei titoli posseduti.