

## Curriculum Vitae

Informazioni personali			
Nome / Cognome	Nome	Andrea	Cognome
			Zanconato
Esperienza professionale			
Date	2007-2018		
Lavoro o posizione ricoperti	Educatore		
Principali attività e responsabilità	Coordinatore e responsabile attività CD-CTRP Lonigo (VI)		
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Coop La Goccia, via Callesello Delle Monache, 1, 36063 Marostica VI		
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.		
Lavoro o posizione ricoperti			
Principali attività e responsabilità			
Nome e indirizzo del datore di lavoro			
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.		
Lavoro o posizione ricoperti			
Principali attività e responsabilità			
Nome e indirizzo del datore di lavoro			
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.		
Lavoro o posizione ricoperti			
Principali attività e responsabilità			
Nome e indirizzo del datore di lavoro			
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.		
Lavoro o posizione ricoperti			
Principali attività e responsabilità			
Nome e indirizzo del datore di lavoro			
Istruzione e formazione			
Date	2003		
Titolo di studio	Laurea in Psicologia Clinica e di Comunità		
Principali tematiche/competenze professionali possedute			
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	Università di Padova		
Date	2015		
Titolo di studio	2015 Titolo di studio Diploma di Alta Formazione in Mindfulness e Meditazione		
Principali tematiche/competenze professionali possedute			
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	APL – Associazione Psicologi Lombardia		

Date	2012-14
Titolo di studio	Master in Mental training e Psicologia Sportiva
Principali tematiche/competenze professionali possedute	Mental Training, Visual Imaging, tecniche di rilassamento, Goal Setting, Self-Talk, distrazione, motivazione e autostima, recupero e gestione del trauma
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione (università di..., istituto, ecc.)	Psymedisport Group patrocinato dall'Associazione Italiana Psicologia dello Sport (A.I.P.S.)
<b>Aggiornamenti</b>	
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
<b>Attività di ricerca e Docenze</b>	
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
2013-2017	Docente presso il corso: "La gestione dell'aggressività in ambiente sanitario – corso base" Ulss5 – Aulss8.
2011-2016	Docente presso il corso "L'utilizzo di strumenti standardizzati per la valutazione d'esito nei programmi riabilitativi del Dipartimento di salute Mentale Ulss5"
2011-2012	Docente presso il corso: "Stili di vita, la patologia psichiatrica e le possibili difficoltà legate all'applicazione dei programmi di educazione alla salute"
<b>Pubblicazioni</b>	
Date	Dalle informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo.
2011	Coautore articolo e pubblicazione: L'introduzione di strumenti di valutazione in una CTRP pubblica. Punti di forza e criticità. Balbo, Bardella, Burato, Morello, Zanconato, Busana. Azienda U.L.S.S. 5 Ovest Vicentino. Regione Veneto
	<p>Dichiaro di essere informata/o che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs 196/2003, il presente curriculum verrà allegato ai programmi di formazione del provider ECM Veneto dell'Azienda ULSS n. 8 "Berica" e pubblicato nella banca dati presente nel sito <a href="https://ecm.regione.veneto.it">https://ecm.regione.veneto.it</a>, per tali fini acconsento il trattamento dei dati personali ivi contenuti.</p> <p>Dichiaro inoltre l'assenza di conflitto di interesse relativamente al presente evento ed agli eventi formativi che mi coinvolgono in qualità di docente erogati dal Provider n 25 - Azienda ULSS n. 8 "Berica" ed accreditati nel sistema ECM.</p> <p>Sarà mia cura comunicare tempestivamente al Provider n 25 - Azienda ULSS n. 8 "Berica" ogni variazione rispetto alla presente dichiarazione.</p> <p><b>Il presente modulo è conservato firmato in originale presso il Centro Formazione – AULSS 8 e viene inserito in internet privo di firma autografa</b></p> <p>Data <u>28/04/2018</u></p> <p>Firma</p>