

INFORMAZIONI PERSONALI

**Alessandra Moioli**

OCCUPAZIONE PER LA QUALE  
SI CONCORRE

**Docenza in "Fisiologia emodialisi e cateteri venosi per emodialisi", del  
Master Accessi Vascolari Ecoguidati.**

POSIZIONE RICOPERTA  
TITOLO DI STUDIO

**Dirigente medico di I livello nella UOC Nefrologia e Dialisi  
Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia, specializzazione in  
Nefrologia**

ESPERIENZA  
PROFESSIONALE

- Dal 10.2019 ad oggi Dir. Medico I livello a tempo indeterminato presso A.O.U. S.Andrea, UOC Nefrologia e Dialisi  
Attività assistenziale nel Reparto di Nefrologia, consulente per urgenze nefrologiche e dialitiche in Pronto Soccorso e nei reparti di degenza ordinaria, particolare interesse nel campo degli accessi vascolari per emodialisi, in particolare posizionamento di CVC long-term per emodialisi, ECD arti superiori per valutazione pre/post operatoria, monitoraggio nel tempo di FAV per emodialisi, gestione delle complicanze degli accessi vascolari per emodialisi.
- Dal 11.2018 al 09.2019 Dir. Medico I livello a tempo indeterminato presso ASL Umbria 2, Ospedale S.Maria della Stella, Orvieto- U.O. Dialisi
- Dal 06.2018 al 10.2018 Dir. Medico I livello a tempo determinato presso ASL Latina, Ospedale Fiorini, Terracina- U.O. Dialisi
- Dal 07.2017 al 05.2018 Medico presso Ambulatorio Dialisi, C.C. Italian Hospital Group, Guidonia Montecelio-Roma

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Dal 2012 al 2017 Scuola di Specializzazione in Nefrologia  
AOU S.Andrea, Facoltà di Medicina e Psicologia, Prof. Paolo Menè, specializzazione il 12.07.2017 con voto 70/70 e lode
- Dal 2005 al 2011 Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, laurea il 28.07.2011 con voto 110/110 e lode

COMPETENZE PERSONALI

Lingua madre Italiano

Altre lingue

COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
Ascolto	Letture	Interazione	Produzione orale	
Inglese	C	C	C	C

Livelli: A1/A2: Utente base - B1/B2: Utente intermedio - C1/C2: Utente avanzato  
Quadro Comune Europeo di Riferimento delle Lingue

Competenze professionali

- Posizionamento, rimozione e gestione delle complicanze dei cateteri venosi centrali per emodialisi, in particolare dispositivi long-term
- Ecografia degli accessi vascolari per emodialisi

Competenze digitali

AUTOVALUTAZIONE				
Elaborazione delle informazioni	Comunicazione	Creazione di Contenuti	Sicurezza	Risoluzione di problemi
Inserire il livello	Inserire il livello	Inserire il livello	Inserire il livello	Inserire il livello

Livelli: Utente base - Utente intermedio - Utente avanzato  
 Competenze digitali - Scheda per l'autovalutazione

Patente di guida

Sostituire con la categoria/e della patente di guida. Esempio:  
 B

ULTERIORI INFORMAZIONI

Publicazioni

Monoclonal Gammopathies of Renal Significance: Renal Biopsy and Beyond.  
 Menè P, De Alexandris L, Moioli A, Raffa S, Stoppacciaro A. *Cancers (Basel)*. 2020 Jun 30;12(7):1741. doi: 10.3390/cancers12071741.PMID: 32629844

Acute Kidney Injury in Monoclonal Gammopathies.  
 Menè P, Moioli A, Stoppacciaro A, Lai S, Festuccia F. *J Clin Med*. 2021 Aug 28;10(17):3871. doi: 10.3390/jcm10173871.PMID: 34501317

Metformin associated lactic acidosis (MALA): clinical profiling and management.  
 Moioli A, Maresca B, Manzione A, Napoletano AM, Cocite D, Pirozzi N, Punzo G, Menè P. *J Nephrol*. 2016 Dec;29(6):783-789. doi: 10.1007/s40620-016-0267-8. Epub 2016 Jan 22.PMID: 26800971

Prognostic value of high-sensitive cardiac troponin I in asymptomatic chronic hemodialysis patients.  
 Maresca B, Manzione A, Moioli A, Salerno G, Cardelli P, Punzo G, Barberi S, Menè P. *J Nephrol*. 2020 Feb;33(1):129-136. doi: 10.1007/s40620-019-00610-5. Epub 2019 Apr 24.PMID: 31020624

HDAC1 inhibition by MS-275 in mesothelial cells limits cellular invasion and promotes MMT reversal.  
 Rossi L, Battistelli C, de Turris V, Noce V, Zwergel C, Valente S, Moioli A, Manzione A, Palladino M, Bordoni V, Domenici A, Menè P, Mai A, Tripodi M, Strippoli R. *Sci Rep*. 2018 May 31;8(1):8492. doi: 10.1038/s41598-018-26319-2.PMID: 29855565

Resolution of septic shock in a patient with myelomeningocele (spina bifida) complicated with deforming Elephantiasis Nostras Verrucosa.  
 Barberi S, Manzione A, Scrivano J, Maresca B, Moioli A, Salvi PF, Stoppacciaro A, Pucci E, Punzo G, Tammaro A, Gaspari AA, Menè P. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Mar;30(3):547-9. doi: 10.1111/jdv.12945. Epub 2015 Jan 26.PMID: 25623264

Safety and efficacy of denosumab in osteoporotic hemodialysed patients.  
 Festuccia F, Jafari MT, Moioli A, Fofi C, Barberi S, Amendola S, Sciacchitano S, Punzo G, Menè P. *J Nephrol*. 2017 Apr;30(2):271-279. doi: 10.1007/s40620-016-0334-1. Epub 2016 Jul 9.PMID: 27394428

Presentazioni

Relatrice in oltre 10 congressi nazionali ed internazionali, partecipazione ad oltre 20 congressi nazionali ed internazionali

Riconoscimenti e premi

Vincitrice "Premio Mioli" 2014- 52° Congresso Alammu per Nefrologia e Dialisi, Civitavecchia (RM).  
 Relazione: METFORMIN ASSOCIATED LACTIC ACIDOSIS (MALA): UN PROBLEMA ANCORA APERTO. A. Moioli, A. Manzione, B. Maresca, N. Pirozzi, G. Punzo, P. Menè; U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, "Sapienza" Università di Roma

Corsi Corso in "Dietologia e Nutrizione Clinica" (2017) presso Istituto di Alta Formazione, Roma.

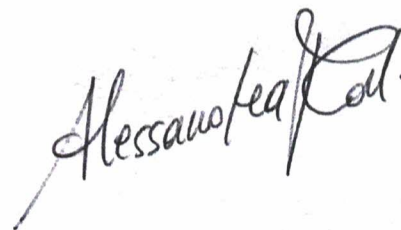
Dati personali Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

La sottoscritta dichiara di essere consapevole che il presente *curriculum vitae* sarà pubblicato sul sito istituzionale dell'Ateneo, nella Sezione "Amministrazione trasparente", nelle modalità e per la durata prevista dal d.lgs. n. 33/2013, art. 15.

Data  
17/02/2023

f.to

dott.ssa Alessandra Moioli



**DICHIARAZIONE A NORMA DEL D.LGS. N. 33/2013, ART. 15, CO.1, LETT. C) <sup>1</sup>**

**resa ai sensi del DPR n. 445/2000**

La sottoscritt@ ALESSANDRA ROLOU

con riferimento all'incarico di DOCENZA IN "FISIOLOGIA EMOGIAISI E CATETERI VENOSI CENTRALI PER EMOGIAISI" - MASTER ACCESSI VASCOLARI ECOGUIDATI  
*(indicare la tipologia dell'incarico: ad es. consulenza/collaborazione/docenza)*

relativo a MASTER ACCESSI VASCOLARI ECOGUIDATI

*(riferimento all'oggetto dell'incarico)*

conferito dal SAPIENZA - UNIVERSITA' DI ROMA - FACOLTA' DI MEDICINA E PSICOLOGIA  
*(Area, Facoltà, Dipartimento, Centro che ha conferito l'incarico)*

**DICHIARA**

ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, art. 15 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza", comma 1, lett c), consapevole delle sanzioni penali previste per i casi di dichiarazione mendace, così come stabiliti dall'art. 76, secondo comma, del D.P.R. 445/2000

di **non** svolgere incarichi, di **non** di rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

di **non** svolgere attività professionali;

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi e/o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

INCARICHI E/O CARICHE		
Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di svolgimento
A.O.U. S. ANDREA	DIRIGENTE MEDICO 2 LIVELLO UOC NEFROLOGIA - DIALISI	DAL 2019 AD OGGI
ATTIVITA' PROFESSIONALI		
Attività	Soggetto	Periodo di svolgimento
POSIZIONAMENTO GESTIONE ACCESSI PER EMOGIAISI	CURC LONG TERM PER EMOGIAISI	DAL 2019 AD OGGI

<sup>1</sup> Il presente modulo è predisposto ai fini della pubblicazione e garantisce il rispetto della normativa in materia di tutela dei dati. La dichiarazione integrale è conservata presso gli Uffici della Struttura che ha conferito l'incarico.

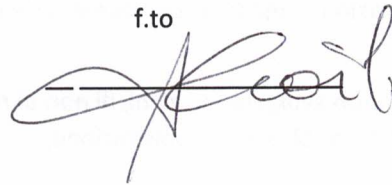

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni su quanto dichiarato.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ateneo, nella Sezione "Amministrazione trasparente", nelle modalità e per la durata prevista dal d.lgs. n. 33/2013, art. 15.

Data

17/01/2023

f.to

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'R. Rossi'.

7

Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013  
(Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e  
diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione  
sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.


Con la presente, io sottoscritta, Alessandra Moioli, nata il 27/08/1986, a Roma (prov. RM) in qualità di  
dirigente medico per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del  
citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

o di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati  
dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

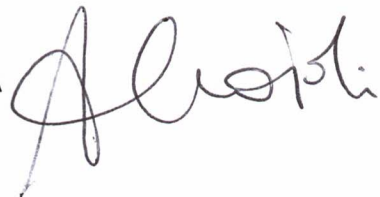
 di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati  
o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:  
dirigente medico di primo livello presso la UOC Nefrologia -Dialisi della A.O.U. S. Andrea, Roma

Io sottoscritta, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità: CA  
43892JQ rilasciato da comune di Roma il 17/08/2021

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con il  
Dipartimento di Scienze medico Chirurgiche e medicina Traslazionale ai sensi dell'art. 53, comma 14 del d.lgs.  
165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o  
inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse del Dipartimento.

Roma, 17/02/2023

FIRMA



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI LAUREA

(art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritta Alessandra Moioli

nato a Roma (RM) il 27/08/1986

residente a Roma (RM) in via Bistagno n 112, consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss c.p.) e delle leggi speciali in materia,

DICHIARO

di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia

presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

in data 28/07/2011

voto di laurea 110/100 e lode

(luogo e data) Roma, 17/02/2023

Firma  


## ALLEGATO A

### “AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO NELL’AMBITO DEL MASTER ACCESSI VASCOLARI ECOGUIDATI”

La sottoscritta Alessandra Moioli nata a Roma Prov. Di Roma il 27/08/1986 residente a Roma (Prov RM) in Via Bistagno 112 (Cap 00166) Codice Fiscale MLOLSN86M67H501G chiede di essere ammessa/a a partecipare alla procedura, per il conferimento di incarico autonomo occasionale

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità degli atti, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1) di aver conseguito il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data 28/07/2011 presso l’Università di Roma La Sapienza, facoltà di Medicina e Psicologia con il voto di 110/100 e lode
  - 2) di possedere il curriculum scientifico-professionale idoneo allo svolgimento dell’attività di ricerca.
  - 3) di essere cittadino italiano e di godere dei diritti politici;
  - 4) di non aver mai riportato condanne penali e di avere il seguente procedimento penale in corso: decreto di citazione per procedimento n 2428/22;
  - 5) di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento e di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego statale, ai sensi dell’art. 127, primo comma, lettera d), del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili della Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3
  - 6) dichiarazione di svolgere la seguente attività lavorativa presso AOU S.Andrea, Roma, UOC Nefrologia-Dialisi, dirigente medico I livello;
- di eleggere il proprio domicilio in via Bistagno 112, 00166 Roma, tel 3281066047 e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni;
- 7) di voler ricevere ogni comunicazione, ivi compresa la convocazione per il colloquio, al seguente indirizzo di posta elettronica personale, senza che il Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e di Medicina Traslazionale abbia altro obbligo di avviso: moioli.am@gmail.com;

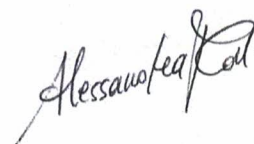
[I candidati portatori di handicap, ai sensi della Legge 5 Febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche, dovranno fare esplicita richiesta, in relazione al proprio handicap, riguardo l’ausilio necessario per poter sostenere il colloquio].

#### **Il sottoscritto allega alla presente domanda, in formato pdf:**

- 1) fotocopia di un documento di riconoscimento e codice fiscale;
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea con data di conseguimento, voto e indicazione delle votazioni riportate nei singoli esami di profitto;
- 3) curriculum della propria attività scientifica e professionale datato e firmato;

Luogo e data Roma 17/02/2023

Firma (non soggetta ad autentica ai sensi dell’art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)





Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data 17/02/2023.

Firma.....





Al Direttore del Master

Prof.

Dipartimento di Scienze Medico  
Chirurgiche e di Medicina  
Traslazionale Via G.N. Papanicolau  
00189 ROMA

.....la sottoscritta ALESSANDRA MOLLI nata a ROMA  
(prov. di RM) il 27/08/1986 e residente in ROMA  
(prov. di RM) cap. 00166 via BISTAGNO  
n. 112.....

chiede

di essere ammessa a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il

conferimento di un incarico di lavoro autonomo per lo svolgimento dell'attività di INCARICO DI LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE - DOCENZA IN FISIOLOGIA ENDOCRINA E CARATTERI RENOSI PER ENDOCRINIS prot. n.2.... 51/2023 REP. N.2

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che:

- 1) è in possesso di cittadinanza.....ITALIANA.....
- 2) non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali in corso (a);
- 3) è in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA conseguito in data.....28/07/2011..... presso l'Università di ROMA - LA SAPIENZA con il voto di 110/110 E LODE (oppure del titolo di studio straniero di.....conseguito il  
..... presso.....e riconosciuto equipollente alla laurea italiana in.....dall'Università di.....in data.....);



4) (dichiarazione eventuale) è in possesso del diploma di dottore di ricerca in..... conseguito in data....., presso l'Università di sede amministrativa del dottorato;

5) non ha un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di ....., ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"; *NESSUNA PARENTERA*

6) elegge il proprio domicilio in.....*VIA BISTAGNO M2, 00166, ROMA* (città, via, n. e cap.) tel e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Allega alla domanda i seguenti titoli valutabili:

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea;
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca;
- 3) dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà di tutti i titoli scientifici che ritiene valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa;
- 4) curriculum vitae in formato europeo datato e firmato.

Allega, inoltre, alla domanda la fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data *17/02/2023* Firma *[Handwritten Signature]* (da non autenticare) (b)

a) In caso contrario indicare le condanne riportate, la data di sentenza dell'autorità giudiziaria che l'ha emessa, da indicare anche se è stata concessa amnistia, perdono giudiziale, condono, indulto, non menzione ecc., e anche se nulla risulta sul casellario giudiziale. I procedimenti penali devono essere indicati qualsiasi sia la natura degli stessi.

b) Apporre la propria firma in calce alla domanda; la stessa non dovrà essere autenticata da



REPUBBLICA ITALIANA  
MINISTERO DELL'INTERNO

CA43892JQ

CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD

COMUNE DI / MUNICIPALITY  
ROMA



COGNOME / SURNAME

MOIOLI

NOME / NAME

ALESSANDRA

LUOGO E DATA DI NASCITA

PLACE AND DATE OF BIRTH

ROMA (RM) 27.08.1986

SESSO

F

STATURA

164

EMISSIONE / ISSUING

17.08.2021

FIRMA DEL TITOLARE

HOLDER'S SIGNATURE

*Alessandra Moiola*



CITTADINANZA

NATIONALITY

ITA

SCADENZA / EXPIRY

27.08.2031

368384

