

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

<b>Nome</b>	<b>Alfonso Pugliese</b>
<b>Indirizzo</b>	<b>Via Urbano Pavesi 58/60 Albuzzano ( Pavia)</b>
<b>Telefono</b>	<b>3925523323</b>
<b>Fax</b>	
<b>E-mail</b>	<b>pugliesealfonso@hotmail.com</b>
<b>Nazionalità</b>	<b>Italiana</b>
<b>Data di nascita</b>	<b>12/07/1976</b>

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- |   |   |
|---|---|
| ◦ Date (da – a)                         | dal 1/10/2007 ad oggi                             |
| ◦ Nome e indirizzo del datore di lavoro | regime di libera professione                      |
| ◦ Tipo di azienda o settore             |   |
| ◦ Tipo di impiego                       | <b>IDROKINESITERAPIA</b>                          |
| ◦ Principali mansioni e responsabilità  |   |
| ◦ Date (da – a)                         | dal 1/10/2007 ad oggi                             |
| ◦ Nome e indirizzo del datore di lavoro | <b>A.S.P Santa Margherita via Matteotti Pavia</b> |
| ◦ Tipo di azienda o settore             | <b>Istituto di riabilitazione Geriatrico</b>      |
| ◦ Tipo di impiego                       | <b>Fisioterapista</b>                             |
| ◦ Principali mansioni e responsabilità  |   |
| ◦ Date (da – a)                         | dal 1/4/2013 ad oggi                              |
| ◦ Nome e indirizzo del datore di lavoro | <b>Fisiolinea via Monferrato 14 Pavia</b>         |
| ◦ Tipo di azienda o settore             | <b>Studio di Fisioterapia</b>                     |
| ◦ Tipo di impiego                       | <b>Fisioterapista</b>                             |
| ◦ Principali mansioni e responsabilità  | <b>Titolare</b>                                   |

◦ *Date (da – a)* *dal 1/01/2009 ad oggi*

◦ *Nome e indirizzo del datore di lavoro* *A.S.P Santa Margherita via Matteotti Pavia*

◦ *Tipo di azienda o settore* *Istituto di riabilitazione Geriatrico*

◦ *Tipo di impiego* *Fisioterapista*

◦ *Principali mansioni e responsabilità* *Vaucher domiciliare*

◦ *Date(da – a)* *Dal 1/05/2006 al 31/12/2010*

◦ *Nome e indirizzo del datore di lavoro* *SRL Centro Sanitario DEPA via Verdi Vigevano*

◦ *Tipo di azienda o settore* *Centro sanitario di fisioterapia*

◦ *Tipo di impiego* *Fisioterapista*

◦ *Principali mansioni e responsabilità* *Responsabile e Coordinatore su tutto il territorio di Pavia città e Comur limitrofi vaucher domiciliare (ex art. 26)*

◦ *Date (da – a)* *Dal 1/03/2007 al 30/03/2007*

◦ *Nome e indirizzo del datore di lavoro* *Cooperativa Sociale Arcobaleno via Ferruccio Belli Cava Manara*

◦ *Tipo di azienda o settore* *RSA*

◦ *Tipo di impiego* *Fisioterapista*

◦ *Date (da – a)* *dal 1/06/2006 a 30/09/2007*

◦ *Nome e indirizzo del datore di lavoro* *Ospedale Valsasino via Valsasino 114 San Colombano Al Lambro*

◦ *Tipo di azienda o settore* *istituto di riabilitazione Geriatrica*

◦ *Tipo di impiego* *Fisioterapista*

◦ *Principali mansioni e responsabilità*

. <i>Date (da – a)</i>	dal 1/06/2006 al 1/05/2007
◦ Nome e indirizzo del datore di lavoro	Cooperativa Mosaico Home Care srl via Quadrio 14 Milano
◦ Tipo di azienda o settore	cooperativa di voucher domiciliare
◦ Tipo di impiego	Fisioterapista
◦ Principali mansioni e responsabilità	

◦ <i>Date (da – a)</i>	2004/2005 esperienza call-center
------------------------	----------------------------------

◦ Nome e indirizzo del datore di lavoro	call-center
◦ Tipo di azienda o settore	marketing
◦ Tipo di impiego	centralinista
◦ Principali mansioni e responsabilità	telemarketing

#### ISTRUZIONE E FORMAZIONE

◦ <i>Date (da – a)</i>	20/04/2006 Laurea in Fisioterapia
------------------------	-----------------------------------

◦ Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Laurea di I livello
◦ Principali materie / abilità professionali	medicina fisica, anatomia umana, fisiologia, ecc.
◦ Qualifica conseguita	Laurea
◦ Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)	

◦ <i>Date (da – a)</i>	1991/1996 Diploma di Ragioneria presso l'Istituto Tecnico Commerciale per Geometri di Cirò Marina.
------------------------	--

◦ Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione	Diploma di ragioneria
◦ Principali materie / abilità professionali	ragioneria, matematica, diritto delle finanze ecc, etc.

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Diploma

PRIMA LINGUA

Italiano

ALTRE LINGUE

Francese, inglese, spagnolo

- |                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| ◦ Capacità di lettura           | sufficiente |
| ◦ Capacità di scrittura         | sufficiente |
| ◦ Capacità di espressione orale | sufficiente |

CAPACITÀ E COMPETENZE  
RELAZIONALI

*Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.*

Flessibilità e capacità di adattamento ai diversi contesti sociali ed ambientali. Disponibilità all'apprendimento ed alla crescita personale e professionale, spirito d'iniziativa, predisposizione al problem solving. Disponibilità alla verifica personale e professionale al fine di migliorare le proprie performances.

CAPACITÀ E COMPETENZE  
ORGANIZZATIVE

*Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di*

Capacità ed autonomia organizzativa, propensione alla pianificazione di obiettivi, al coordinamento di mezzi e risorse in vista del perseguimento degli stessi e al problem solving, apertura mentale in rapporto alle differenti modalità di fronteggiamento delle situazioni critiche.

*lavoro, in attività di  
volontariato (ad es. cultura*

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
TECNICHE**

*Con computer, attrezzature  
specifiche, macchinari, ecc.*

Buon utilizzo del pacchetto office, windows, posta elettronica, Excel,  
presentazioni, elaboratori di testo, Outlook Express, microsoft out look.

*Date (da – a)*                      2011, Sistemi informativi sanitari e trattamento informatizzato dei dati clinici

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione                      Realizzato nell'ambito del progetto sperimentale  
Tra il ministero della salute e la fondazione Maugeri  
Clinica del lavoro e della Riabilitazione,

• Qualifica conseguita                      Attestato  
• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

*Date (da – a)*                      2010, La movimentazione paziente obeso

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione                      Realizzato nell'ambito del progetto sperimentale  
Tra il ministero della salute e la fondazione Maugeri  
Clinica del lavoro e della Riabilitazione,

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Attestato

*Date (da – a)*

2010, Struttura e funzionamento della rete trapiantologica Italiana

Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Realizzato nell'ambito del progetto sperimentale  
Tra il ministero della salute e la fondazione Maugeri  
Clinica del lavoro e della Riabilitazione,

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Attestato

*Date (da – a)*

2010, Quali prospettive per la medicina dei trapianti?

Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Realizzato nell'ambito del progetto sperimentale  
Tra il ministero della salute e la fondazione Maugeri  
Clinica del lavoro e della Riabilitazione,

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Attestato

*Date (da – a)*

2009, Rischi da video terminali

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Fials formazione

Attestato

• *Date (da – a)*

2009, Rischio chimico

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Fials formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio .
- Qualifica conseguita Attestato
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

◦ *Date (da – a)* 2009, Sicurezza informatica

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Fials formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio .
- Qualifica conseguita Attestato
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

◦ *Date (da – a)* 2009 Il rischio biologico in ambiente  
ospedaliero

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Fials formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio .
- Qualifica conseguita Attestato
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

◦ *Date (da – a)* 2009, La movimentazione manuale dei pazienti

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Realizzato nell'ambito del progetto sperimentale  
Tra il ministero della salute e la fondazione Maugeri  
Clinica del lavoro e della Riabilitazione,

- Qualifica conseguita Attestato
- Livello nella classificazione nazionale

*Date (da – a)*

2007, Rischio chimico-Tossicologico

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali

Provider Istituto Superiore di Sanita'  
conoscere gli aspetti specifici delle contaminazioni  
Chimiche nell'ambito dell' emergenze

sanitarie classificare

Gli agenti chimici

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale

Attestato

◦ *Date (da – a)*

2007, Rischio Fisico-Nucleare

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Provider Istituto Superiore di Sanita'

- Principali materie / abilità professionali.

Conoscere gli aspetti specifici del rischio radiologico  
Contaminazione radioattiva, conoscere la modalità di  
estrinsecazione del danno di radiazione sui tessuti biologici

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Attestato



**CAPACITÀ E COMPETENZE**

**ARTISTICHE**

*Musica, scrittura, disegno  
ecc.*

**ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE**

*Competenze non  
precedentemente indicate.*

**PATENTE O PATENTI**

**B ( automunita)**

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

**ALLEGATI**

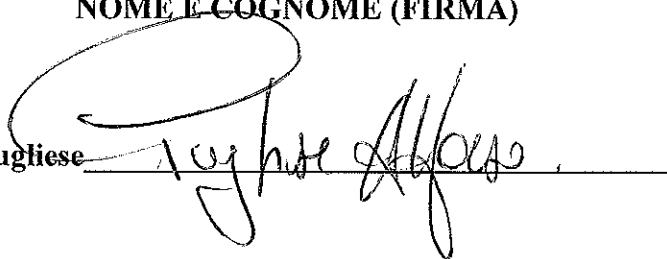
**Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo  
quanto previsto dal decreto decreto legislativo 196/2003**

**Città , data**

*28/11/2015*

**NOME E COGNOME (FIRMA)**

**Alfonso Pugliese**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alfonso Pugliese', is written over a horizontal line. The signature is stylized with a large, looping initial 'A'.