



GENERALITA' E DATI PERSONALI	
<b>Cognome e Nome</b>	Bodio Carla
<b>Indirizzo</b>	Via Padova 10 27100 Pavia
<b>Tel.</b>	0382 572737
<b>Cell.</b>	347 8580514
<b>E-mail</b>	carla.bodio@pec.ordinemedicipavia.it
<b>Nazionalità</b>	Italiana
<b>Luogo di Nascita</b>	Losanna (Svizzera)
<b>Data di nascita</b>	04 ottobre 1962
<b>Stato civile</b>	Coniugata
SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE	
<b>Ente</b> (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)	Azienda Ospedaliera Provincia di Pavia – ora Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia Viale Repubblica 34 27100 Pavia
<b>qualifica</b>	Medico Fisiatra Ambulatoriale, rapporto libero professionale
<b>periodo</b> (specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)	11 novembre 1999 – attuale
<b>tipologia contrattuale</b>	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> <u>Incarico libero professionale</u> <input type="checkbox"/> Co.Co.Co. <input type="checkbox"/> Contratto di somministrazione (Specificare agenzia per il lavoro) ..... Indirizzo ..... <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>tipo di rapporto</b> (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)	Libero professionale
<b>monte ore settimanale</b>	105 ore mensili (25 a settimana)

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

<p><b>Ente</b> (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)</p>	RSA San Riccardo Pampuri – Trivolzio (PV) .....	
<p><b>qualifica</b></p>	<p>1 gennaio 2000 –attuale</p>	<p><input type="checkbox"/> Dipendente      <input type="checkbox"/> <u>Incarico libero professionale</u></p>
<p><b>periodo</b> (specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)</p>	<p><input type="checkbox"/> Co.Co.Co.</p>	<p><input type="checkbox"/> Contratto di somministrazione (Specificare agenzia per il lavoro) .....</p>
<p><b>tipologia contrattuale</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Altro .....</p>	<p>Indirizzo .....</p>
<p><b>tipo di rapporto</b> (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)</p>	<p>Medico Fisiatra Consulente (Visite Specialistiche, redazione progetti riabilitativi individuali) Libero professionale</p>	
<p><b>monte ore settimanale</b></p>	<p>7 ore mensili (1,75 a settimana)</p>	

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

**Ente**

(specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)

**qualifica****periodo**

(specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)

**tipologia contrattuale****tipo di rapporto**

(specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)

**monte ore settimanale**

RSA Santa Sara – Milano via Barrili 6

24 aprile 2007 –attuale

☐ Dipendente

☐

Incarico libero professionale

☐ Co.Co.Co.

☐ Contratto di somministrazione  
(Specificare agenzia per il lavoro)

Indirizzo

☐ Altro

Medico Fisiatra Consulente (Visite Specialistiche, redazione progetti riabilitativi individuali)  
Libero professionale

5 ore mensili (1,25 a settimana)

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**
**Ente**

(specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)

RSA Fondazione Madre Cabrini Onlus – via Cogozzo 12  
26866 Sant'Angelo Lodigiano (LO)

**qualifica**
**periodo**

(specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)

1 maggio 2017 – attuale

☐

Dipendente

☐

Incarico libero professionale

☐

Co.Co.Co.

☐

Contratto di somministrazione  
(Specificare agenzia per il lavoro)

.....

Indirizzo

.....

☐

Altro

.....

**tipologia contrattuale**
**tipo di rapporto**

(specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)

Medico Fisiatra Consulente (Visite Specialistiche, redazione progetti riabilitativi individuali)  
Libero professionale

**monte ore settimanale**

8 ore mensili (2 a settimana)

SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE	
<b>Ente</b> (specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)	Centro Sanitario DE.PA – Vigevano (PV) via Verdi 37 .....
<b>qualifica</b>	16 maggio 2010 – 30 aprile 2015
<b>periodo</b> (specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> <u>Incarico libero professionale</u> <input type="checkbox"/> Co.Co.Co. <input type="checkbox"/> Contratto di somministrazione (Specificare agenzia per il lavoro) ..... Indirizzo ..... <input type="checkbox"/> Altro .....
<b>tipologia contrattuale</b>	
<b>tipo di rapporto</b> (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)	Medico Fisiatra Consulente (Visite Specialistiche, redazione progetti riabilitativi individuali) Libero professionale
<b>monte ore settimanale</b>	12 ore mensili (3 a settimana)

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**
**Ente**

(specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)

RSA Gottardo Delfinoni – Casorate Primo (PV) via Palazzo 20

1 gennaio 2000 – 31 dicembre 2011

**qualifica**
**periodo**

(specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)

**tipologia contrattuale**

☐ Dipendente

☐ Incarico libero professionale

☐ Co.Co.Co.

☐ Contratto di somministrazione  
(Specificare agenzia per il lavoro)

Indirizzo

☐ Altro

**tipo di rapporto**

(specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)

Medico Fisiatra Consulente (Visite Specialistiche, redazione progetti riabilitativi individuali)  
Libero professionale

**monte ore settimanale**

7 ore mensili (1,75 a settimana)

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

**Ente**

(specificare se pubblica amministrazione o Struttura privata accreditata o convenzionata, denominazione e indirizzo)

Fondazione Maugeri – Centro Medico Veruno (NO) Via Revislate 13

1 aprile 1989 – 31 dicembre 1996

**qualifica**

**periodo**

(specificare giorno, mese, anno di inizio e termine del servizio e degli eventuali periodi di aspettativa)

**tipologia contrattuale**

☐ Dipendente

☐ Incarico libero professionale

☐ Co.Co.Co.

☐ Contratto di somministrazione  
(Specificare agenzia per il lavoro)

Indirizzo .....

☐ Altro .....

**tipo di rapporto**

(specificare se a tempo pieno o a tempo parziale)

Medico Fisiatra (Degenza, visite Specialistiche, redazione progetti riabilitativi individuali)  
Dipendente a tempo pieno

**monte ore settimanale**

152 ore mensili (38 a settimana)

CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI	
<b>Capacità e competenze generali, organizzative, di responsabilità e autonomia</b>	<p>Buone capacità di comunicazione ed empatia sia nel rapporto con il paziente che nelle interazioni con i colleghi</p> <p>Organizzazione e gestione attività ambulatoriale e organizzazione dell'attività dei fisioterapisti di una struttura riabilitativa</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>Capacità e competenze tecniche ed informatiche</b>	<p>uso di sistema informatico "Assistant-RL" per prescrizione protesica</p> <p>discreta conoscenza dei comuni software gestionali (pacchetto microsoft office®)</p> <p>utilizzo di motori di ricerca, di software e di siti internet a carattere scientifico</p>
<b>Lingua straniera</b> (specificare il livello di conoscenza)	<p>Inglese (fluente)</p> <p>Francese (buono)</p>

NOME E COGNOME  
Carlo Bodino

Pavia li 11 febbraio 2021

Consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 28.12.2000, n.445), dichiaro che i contenuti del mio curriculum vitae, composto da \_\_\_\_\_ pagine, sono rispondenti al vero. Quanto dichiarato nel presente curriculum è valevole come dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell' art. 46 del D.P.R. n.445/2000.

Li 11 febbraio 2021

Firma: \_\_\_\_\_

Carlo Bodino