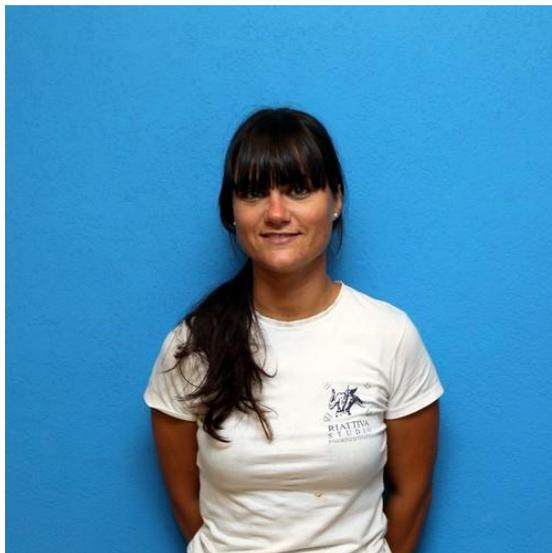


**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome	<b>GALLI ALICE</b>
Indirizzo	<b>VIA CASE SPARSE DI SAN PIER DI CANNE 12A – 16043 CHIAVARI (GE)</b>
Telefono	<b>0185/363351</b>
Fax	
E-mail	
Nazionalità	ITALIANA
Data di nascita	12/01/1985

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) **2016-oggi**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **LIBERA PROFESSIONE PRESSO STUDIO B.G.M. - CHIAVARI**
- Tipo di azienda o settore **STUDIO MRDICO**
- Tipo di impiego **FISIOTERAPISTA PROFESSIONISTA**
- Principali mansioni e responsabilità **TERAPIA FISICA E MANUALE  
TRATTAMENTO PAZIENTI ORTOPEDICI  
TRATTAMENTO PAZIENTI NEUROLOGICI  
TRATTAMENTO CON HUMAN TECAR**
- Date (da – a) **2011-2016**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **RIATTIVA S.R.L. – VIA V.TOTI 3 - LAVAGNA**
- Tipo di azienda o settore **CENTRO RIABILITATIVO**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di impiego</li> </ul>	FISIOTERAPISTA PROFESSIONISTA RIATLETIZZAZIONE CALCIATORI PROFESSIONISTI TERAPIA FISICA E MANUALE TRATTAMENTO PAZIENTI ORTOPEDICI TRATTAMENTO PAZIENTI NEUROLOGICI TRATTAMENTO CON HUMAN TECAR IDROKINESITERAPIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principali mansioni e responsabilità</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date (da – a)</li> </ul>	<b>2011-OGGI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome e indirizzo del datore di lavoro</li> </ul>	RESIDENZA PROTETTA SUORE MINIME – S.F.P. – C.SO BUENOS AYRES - LAVAGNA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di azienda o settore</li> <li>• Tipo di impiego</li> </ul>	CASA DI RIPOSO FISIOTERAPISTA PROFESSIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principali mansioni e responsabilità</li> </ul>	TERAPIA FISICA E MANUALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date (da – a)</li> </ul>	<b>2008 - 2011</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome e indirizzo del datore di lavoro</li> </ul>	CHIROTHERAPIC S.R.L. - VIA DELLA LIBERTA' 37 - RAPALLO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di azienda o settore</li> <li>• Tipo di impiego</li> </ul>	CENTRO RIABILITATIVO COLLABORATRICE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principali mansioni e responsabilità</li> </ul>	TERAPIA FISICA E MANUALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date (da – a)</li> </ul>	<b>2008 - 2009</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome e indirizzo del datore di lavoro</li> </ul>	I.F.L. ISTITUTO FISIOTERAPICO LIGURE – C.SO GARIBALDI – CHIAVARI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di azienda o settore</li> <li>• Tipo di impiego</li> </ul>	CENTRO RIABILITATIVO COLLABORATRICE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principali mansioni e responsabilità</li> </ul>	TERAPIA FISICA E MANUALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date (da – a)</li> </ul>	<b>2005 -2007</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome e indirizzo del datore di lavoro</li> </ul>	CENTRO BENEDETTO ACQUARONE – VILLAGGIO DEL RAGAZZO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di impiego</li> </ul>	ASSISTENTE BAGNANTE (BAGNINA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date (da – a)</li> </ul>	<b>2009 -2011</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome e indirizzo del datore di lavoro</li> </ul>	TIROCINANTE FISIOTERAPISTA OSSERVAZIONE, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO PRESSO: OSPEDALE DI SESTRI LEVANTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di impiego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- REPARTO DI NEUROLOGIA INTENSIVA</li> <li>- REPARTO DI PNEUMOLOGIA</li> <li>- REPARTO DI PEDIATRIA (C.E.M.)</li> <li>- AMBULATORIO DI FISIOTERAPIA</li> <li>- REPARTO DI TERAPIA FISICA</li> </ul> OSPEDALE DI LAVAGNA
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- REPARTO DI NEUROLOGIA</li> <li>- REPARTO DI RIABILITAZIONE NEUROLOGICA</li> </ul>

- AMBULATORIO DI FISIOTERAPIA
  - REPARTO DI PEDIATRIA (C.E.M.)
- OSPEDALE DI CHIAVARI
- R.S.A.
  - AMBULATORIO GIANNELLINE
  - CENTRO BENEDETTO ACQUARONE
- GENOVA NERVI
- REPARTO DI REUMATOLOGIA

## ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
  - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
  - Qualifica conseguita
  
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
  - Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
  - Qualifica conseguita

LICEO SCIENTIFICO G.MARCONI

MATERIE SCIENTIFICHE

DIPLOMA MATURITA'

LAUREA IN FISIOTERAPIA, CORSO DI IDROKINESITERAPIA, CORSO DI PRIMO E DI SECONDO LIVELLO HUMAN TECAR, CORSO CHINESIOTAPING, CORSO RIABILITAZIONE SCOLIOSI ISICO, MASTER IN TERAPIA MANUALE –OSTEOPATIA ROMA; LA PROTESI D'ANCA E LO SPORTIVO, CHIRURGIA E RIABILITAZIONE DELLA SPALLA DOTT. MINOLA, UTILIZZO TECNICHE KABAT, COLLABORAZIONE VILLA STUART ROMA; RIABILITAZIONE

DIPLOMA DI LAUREA

MADRELINGUA

**ITALIANA**

ALTRE LINGUA

**INGLESE**

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

ECCELLENTE

ECCELLENTE

ECCELLENTE

CAPACITÀ E COMPETENZE  
ARTISTICHE

*Musica, scrittura, disegno ecc.*

SUONARE IL PIANOFORTE

PATENTE O PATENTI

A – B