



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) **DUCCIO HERVE' FRANCO PAOLINI**

Indirizzo(i) VIA TRIESTE 39, VIAREGGIO (LU)

Telefono(i) **328 7571786**

E-mail [duccio.paolini@gmail.com](mailto:duccio.paolini@gmail.com)

Cittadinanza italiana

Data di nascita 14/06/1990

Sesso M

Possesso di Partita Iva (02430440467)

### Esperienza professionale

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Date                                  | Settembre 2017 – in corso   |
| Lavoro o posizione ricoperta          | Fisioterapista  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | R.S.A Tabarracci via Antonio Fratti 528A Viareggio                    |
| Date                                  | Agosto 2017   |
| Lavoro o posizione ricoperta          | Fisioterapista  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Nazionale Italiana Hockey su pista under20 World Roller Games Nanjing |
| Date                                  | Marzo 2017 – in corso   |
| Lavoro o posizione ricoperta          | Fisioterapista  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | centro Akos Medical, Viareggio (LU)                                   |
| Date                                  | Aprile 2017   |
| Lavoro o posizione ricoperta          | Fisioterapista  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Nazionale Italiana Hockey su pista Senior Torneo di montreaux         |
| Date                                  | Gennaio-Marzo 2017  |
| Lavoro o posizione ricoperta          | Fisioterapista  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Studio Fisioterapico Ferrara, San Giuliano Terme (PI)                 |
| Date                                  | Settembre – novembre  |
| Lavoro o posizione ricoperta          | Fisioterapista  |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Nazionale Italiana Hockey su pista under20 (raduni e europeo)         |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Date                                  | Luglio– Settembre 2016   |
| Lavoro o posizione ricoperta          | Fisioterapista   |
| Nome o indirizzo del datore di lavoro | Nazionale Italiana Hockey su pista under17 (raduni e europeo)                                    |
| Date                                  | Marzo – Ottobre 2016   |
| Lavoro o posizione ricoperti          | Gestore corsi A.F.A.   |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Asl Versilia   |
| Date                                  | Giugno 2016  |
| Lavoro o posizione ricoperti          | Fisioterapista   |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Nazionale Italiana Hockey su pista senior (Raduno 2016)  |
| Date                                  | Gennaio – Marzo 2016 (Tirocinio)   |
| Lavoro o posizione ricoperti          | Fisioterapista   |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Centro Fisiomedical, Camaiore (LU)   |
| Date                                  | Novembre 2015 – Maggio 2016  |
| Lavoro o posizione ricoperti          | Fisioterapista   |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Squadra Hockey CGC (Campionati Stagione 2015/2016 Serie A e B)                                   |
| Date                                  | Dal 2012 al 2015 (1575 ore tirocinio formativo)  |
| Lavoro o posizione ricoperti          | Fisioterapista   |
| Nome e indirizzo del datore di lavoro | Azienda ospedaliera Pisana:<br>Reparto di riabilitazione ortopedica, pneumologica e cardiologica |
| Ente promotore                        | Università di Pisa   |

#### **Istruzione e formazione**

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Date   | 2015                                |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | Fisioterapista<br>Votazione 101/110 |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | Università degli Studi di Pisa      |
| Date   | 2009                                |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | Maturità Scientifica                |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | Istituto Galilei, Viareggio (LU)    |

#### **Corsi**

|  |   |
|--|---|
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | EDIARTES ; Milano   |
| Date   | Aprile 2018   |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | ANATOMIA PALPATORIA   |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | Accademia degli studi in medicina e in terapia strumentale, Firenze |
| Date   | 13 e 14 Ottobre 2017  |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | CORSO DI FORMAZIONE IN TERAPIA STRUMENTALE                          |

|  |   |
|--|---|
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | Av eventi e formazione – Fly Back   |
| Date   | 2017  |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | AGGIORNAMENTI RIABILITAZIONE (Le instabilità gleno-omerali)   |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | Av eventi e formazione – Fly Back   |
| Date   | 2017  |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | AGGIORNAMENTI RIABILITAZIONE(Le patologie di cuffia)  |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | EDI.ERMES, MILANO   |
| Date   | 2016  |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | AGGIORNAMENTI RIABILITAZIONE (ARTICOLAZIONE TEMPORO – MANDIBOLARE: VALUTAZIONE E TRATTAMENTO MANUALE) |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | EDI.ERMES, MILANO   |
| Date   | 2016  |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | AGGIORNAMENTI RIABILITAZIONE COLPO DI FRUSTA E CERVICALGIA: TERAPIA MANUALE                           |
| Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione | ARIFIS, Pisa  |
| Date   | 2012  |
| Titolo della qualifica rilasciata                                    | TECNICO DEL MASSAGGIO SPORTIVO  |
| <b>Capacità e competenze personali</b>                               |   |
| Madrelingua(e)   | Italiana  |
| Altra(e) lingua(e)   | inglese   |
| Livello  | <b>scolastico</b>   |
| <b>Capacità e competenze informatiche</b>                            |   |
|  | ECDL START.   |
| <b>Ulteriori informazioni</b>  |   |
| <b>Patente</b>   | Attività di fisioterapista a domicilio (da Settembre 2015)<br>B, automunito                           |

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze penali che derivano dal rilascio di false dichiarazioni, ai sensi della Lg. 15/68 e del D.P.R. n.403/98 e successive modifiche ed integrazioni, dichiara che le informazioni contenute nella presente scheda corrispondono a verità.

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere stato/a preventivamente informato/a, all'atto della comunicazione dei propri dati personali, sul loro utilizzo e finalità, così come meglio previsto dall'art. 13 del D.l.vo. 196/03. Autorizza, ai sensi dell'art. 23 del succitato decreto, il trattamento e la diffusione dei propri dati personali limitatamente a finalità pertinenti con i compiti istituzionali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_