

Il/la sottoscritt _____,
consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste
dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nel seguente curriculum
vitae, redatto in formato europeo, corrispondono a verità:

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome	DAVIDE TORRE
Indirizzo	Viale delle Ginestre, 28 - 80013 Casalnuovo di Napoli (NA)
Telefono	3333393901
Fax	
E-mail	dott.davidetorre@gmail.com
Nazionalità	Italiana
Data di nascita	18/08/1976

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **1997 - 1998**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Forte Village Resort "Le Meridien" Cagliari
- Tipo di azienda o settore Turismo e Terme
- Tipo di impiego Contratto a tempo determinato con mansione di Fisioterapista (Rapp. Semestrale Maggio-Ottobre per rispettivi anni 1997-1998; 6ore gg)
- Principali mansioni e responsabilità Fisioterapia e trattamenti termali.
- Date (da – a) **1998 - 2000**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Piscina Comunale Scandone - Napoli
- Tipo di azienda o settore Fitness e Benessere
- Tipo di impiego Rapporto di collaborazione
- Principali mansioni e responsabilità Fisioterapista di supporto per squadra di Categoria. "TEAM ATI".
- Date (da – a) **2000 – 2002**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Centro Polidiagnostico "G.I.F.O.A." s.r.l. – Casoria (NA)
- Tipo di azienda o settore Servizi e sanità
- Tipo di impiego Contratto di collaborazione come libero professionista (Rapp.lavorativo 8 ore gg Gennaio 2000-Maggio 2002)

- Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
 - Date (da – a)
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
- Riabilitazione ortopedica, neurologica, strumentale.
- 2002 - 2003**
 Centro Polidiagnostico "G.I.F.O.A." s.r.l. – Casoria (NA)
 Servizi e sanità
 Collaborazione CO.CO.CO. professionista (Rapp.lavorativo 8 ore gg Giugno 2002-Novembre 2003)
 Riabilitazione ortopedica, neurologica, strumentale.
- 2003 - 2004**
 Centro riabilitazione "Flegreo" – Pianura (NA)
 Servizi e sanità
 Contratto di collaborazione come libero professionista, terapie domiciliari. (Rapp.lavorativo 4 ore gg Dicembre 2003- Luglio 2004)
 Riabilitazione ortopedica, neurologica, respiratoria.
- 2003 - 2005**
 Studio diagnostico "E. Taliercio" – Torre del Greco (NA)
 Servizi e sanità
 Contratto a tempo determinato con mansione di Fisioterapista (Rapp.lavorativo 8 ore gg Novembre 2003- Gennaio 2005)
 Riabilitazione ortopedica, neurologica, posturale, respiratoria e strumentale.
- 2005 - 2010**
 Centro Fisioterapico Ortopedico "C.F.O." – Afragola (NA)
 Servizi e sanità
 Contratto a tempo indeterminato con mansione di Fisioterapista (Rapp.lavorativo 8 ore gg Gennaio 2005- Giugno 2010)
 Coordinatore del settore riabilitativo ambulatoriale e domiciliare. Responsabile della riabilitazione posturale e respiratoria pediatrica, operatore specializzato Human Tecar.
- 2010 - 2012**
 Per conto A.S.L. Napoli 1-2-3
 Servizi e sanità
 Libero professionista domiciliare
 Riabilitazione ortopedica, neurologica, respiratoria.
- 31/12/2014**
 Disoccupato, **iscritto alle liste di mobilità.**
- 31/12/2016**
Disoccupato; libero professionista
- 02/01/2016**
 Studio **Orthozone del Dott. Gaetano Valletta** Med.Chi.rg Azienda ospedaliera **C.T.O.**
 Servizi e sanità
 Libero professionista
 Responsabile della Terapia Manuale Posturale
- /03/2016**

- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

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

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI.

PRIMA LINGUA

ALTRE LINGUE

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

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.

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

Centro Di Riabilitazione Neurologica DON ORIONE – Via San. Luigi Orione Al Vesuvio, 15/A Ercolano Napoli.
 Servizi e Sanità
 Contratto di collaborazione come libero professionista, terapie domiciliari. (Rapp.lavorativo 8 ore gg Marzo 2016- ad oggi)
 Riabilitazione Neurologica Domiciliare.

2011 – 2012

Università di Foggia – Facoltà di Medicina e Chirurgia

Anatomia, fisiologia e neurologia del corpo umano; tecniche di massaggio e di riabilitazione; cliniche di patologiche generale, neurologica, ortopedica e respiratoria.

Fisioterapista

110/110

2004 - 2007

Università Popolare di Caserta “U.P.C.”

Anatomia, fisiologia e neurologia del corpo umano; tecniche di massaggio e di riabilitazione.

Master Universitario Triennale di qualifica professionale in **“Fisiokinesiologia”** ad indirizzo rieducativo e riabilitativo e scienze e tecniche del massaggio.

70/70

01/06/1994

Regione Campania, Giunta formazione professionale di Napoli presso istituto “Lorenzo de Medici”; tirocinio presso Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico.

Anatomia, fisiologia e neurologia del corpo umano; tecniche di massaggio e di riabilitazione.

Massofisioterapista

60/60

ITALIANO

INGLESE

ECCELLENTE

ECCELLENTE

ECCELLENTE

DA SEMPRE SONO ABITUATO A LAVORARE IN EQUIPE PER CONSEGUIRE RISULTATI MIGLIORI E PIÙ DURATURI NEL TEMPO, SOLO IL LAVORO DI SQUADRA, ORGANIZZATO E COORDINATO AL MEGLIO, RIDUCE I MARGINI DI ERRORE NEL NOSTRO LAVORO.

PER DIVERSI ANNI MI SONO OCCUPATO DELLA COORDINAZIONE E SUPERVISIONE DEL SETTORE RIABILITATIVO AMBULATORIALE E DOMICILIARE SVILUPPANDO UN MAGGIORE SENSO CRITICO E

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

**CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE**

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

VALUTATIVO NEL MIO LAVORO, SOLO IN QUESTO MODO PUOI DIRIGERE ALTRI COLLEGHI AL MEGLIO.

- 2002 MASTER IN DRAINAGE LYNPHATIQUE METODO E. VODDER**
- 2006 CORSO DI AGGIORNAMENTO "NUOVE POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE IN RIABILITAZIONE"**
- 2006 CORSO DI "OPERATORE CERTIFICATO HUMAN TECAR UNIBELL"**
- 2008 CORSO ECM "APPROCCIO CLINICO PRATICO ALLA METODICA POSTURALE"**
- 2009 CORSO ECM "LA GESTIONE DEI RISCHI NELLE STRUTTURE SANITARIE"**
- 2012 CORSO HUMAN TECAR OPERATORE CERTIFICATO "TRATTAMENTO NELLA PATOLOGIA FLEBOLINFOLOGICA E CELLULITE"**
- 2013 Corso "Operatore Laser e Cryo ad alta prestazione"**
- 2013 Corso teorico pratico in TERAPIA MANUALE OSTEOPATICA**
- 2013 Consegue il titolo di "Operatore del benessere e gestione spa"**
- 2014 CORSO DI OPERATORE CERTIFICATO HUMAN TECAR UNIBELL LIVELLO 2**
- 2014 CORSO POSTURALE MÉZIÈRES.**
- 2015 CORSO TRATTAMENTO POSTURALE DELLA SCOLIOSI SECONDO METODICA MEZIERES**
- 2016 CORSO BIOMECCANICA E RIEDUCAZIONE POSTURALE : METODO MÉZIÈRES**
- 2017 CORSO TRATTAMENTO POSTURALE DELLE SCOLIOSI.**
- 2017 1° ANNO " IFMO- ISTITUTO DI FORMAZIONE IN MEDICINA OSTEOPATICA": CORSO DI FORMAZIONE IN OSTEOPATIA, SECONDO LINEE GUIDA O.M.S. PARTE STRUTTURALE (593 ORE). ACCREDITAMENTO N.2036 50 CRED.FORM.**
- 2018 2° ANNO " IFMO- ISTITUTO DI FORMAZIONE IN MEDICINA OSTEOPATICA": CORSO DI FORMAZIONE IN OSTEOPATIA, SECONDO LINEE GUIDA O.M.S. PARTE STRUTTURALE (593 ORE). ACCREDITAMENTO N.2036 50 CRED.FORM.**
- 2019 3° ANNO " IFMO- ISTITUTO DI FORMAZIONE IN MEDICINA OSTEOPATICA": CORSO DI FORMAZIONE IN OSTEOPATIA, SECONDO LINEE GUIDA O.M.S. PARTE STRUTTURALE (593 ORE). ACCREDITAMENTO N.2036 50 CRED.FORM.**

PATENTE O PATENTI

A - B -D n° NA5224052K abilitazione professionale KD n° NA8044397

ALLEGATI

ALLEGO COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E DEI TITOLI FINORA ACQUISITI.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali"

Data _____

Firma _____ 