

**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



La sottoscritta Scalisi Caterina, ai sensi degli art.46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità

**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome **Scalisi Caterina**  
Indirizzo **VIA CLEMENTE, 63 - SALEMI**  
Telefono **0924/981617**  
E-mail **catescali@libero.it**

Nazionalità **Italiana**  
Data di nascita **29/07/1978**

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

• Date (05/07/2004 – fino a oggi) **Collaboratrice presso la farmacia Spina Vita**

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

Date (dal 01/07/2004 a oggi) **Iscrizione all'albo professionale dei farmacisti**  
**07/04/2004** **Laurea in farmacia presso l'università di Palermo con la votazione di 90/110**

MADRELINGUA **ITALIANO**

ALTRE LINGUA

• Capacità di lettura **eccezionale**  
• Capacità di scrittura **eccezionale**  
• Capacità di espressione orale **eccezionale**

**CAPACITÀ E COMPETENZE  
ORGANIZZATIVE**

Dal 15/12/2020 a oggi **CONSIGLIERE DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TRAPANI**

**Firma**