

**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

INGLESE
eccellente
eccellente
eccellente

• Capacità di lettura
• Capacità di scrittura
• Capacità di espressione orale

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE**

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

Firma