

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **Goglia Concetta**
Residenza **Via Fabbricata n. 48, 82030Torrecuso (BN)**
Nazionalità **Italiana**
Data e luogo di nascita **04/08/1980 a Benevento. (BN)**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **08/06/2005**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda Ospedaliera G. Rummo - Benevento**
• Tipo di azienda o settore **U.O.O. Di Farmacia**
• Tipo di impiego **Tirocinio obbligatorio come previsto dalla Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera dell'Università degli Studi di Salerno**
• Principali mansioni e responsabilità

- Date (da – a) **16/02/2006- 15/02/2007**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda Ospedaliera G. Rummo - Benevento**
• Tipo di azienda o settore **P.A.**
• Tipo di impiego **Contratto di collaborazione libero professionale ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs 165/01 con qualifica di dirigente farmacista**
• Principali mansioni e responsabilità **Realizzazione, presso la U.O. di Farmacia, del progetto di ricerca "Valutazione del sistema di controllo a distanza RapidLink per definizione del migliore percorso di approvvigionamento di reagenti e materiali per sistemi emogas dislocati nelle UU.OO., con possibilità di riordino in automatico"**

- Date (da – a) **16/04/2007- 15/04/2008**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda Ospedaliera G. Rummo - Benevento**
• Tipo di azienda o settore **P.A.**
• Tipo di impiego **Contratto di collaborazione libero professionale ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs 165/01 con qualifica di dirigente farmacista**
• Principali mansioni e responsabilità **Collaborazione con le UU.OO. di Oncologia e Farmacia per la gestione delle sperimentazioni cliniche.**

- Date (da – a) **15/04/2008- in corso**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Azienda Ospedaliera G. Rummo - Benevento**
• Tipo di azienda o settore **P.A.**
• Tipo di impiego **Contratto di collaborazione libero professionale ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs 165/01, con la U.O. di Farmacia con qualifica di dirigente farmacista, per 36 ore settimanali.**

- Date (da – a) **Anno accademico 2007/2008 e 2008/2009**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Università degli Studi di Napoli Federico II- Facoltà di Medicina e Chirurgia**
• Tipo di azienda o settore **Corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia**
• Tipo di impiego **Docente**
• Principali mansioni e responsabilità **Docenza di Microbiologia Clinica**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (dal) **Anno accademico 2007-2008**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università degli Studi di Camerino
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Master Universitario di II livello "Manager di Dipartimenti Farmaceutici"
- Date (dal) **24/07/2007**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di Salerno
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Specializzazione in "Farmacia Ospedaliera" voto: 48/50
- Date (dal) **Gennaio - Aprile 2006**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Benevento
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Corso di formazione sulla legge 626
- Date (dal) **16/04/2005**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Napoli "Federico II"
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Corso di perfezionamento in "Alimentazione e prodotti nutraceutici"
- Date (da – a) **09/02/2005**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Ordine dei Farmacisti di Benevento
- Qualifica conseguita Iscrizione all'Albo professionale dell' Ordine dei Farmacisti di Benevento al N° 428
- Date (da – a) **SECONDA SESSIONE 2004**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Napoli "Federico II"
- Qualifica conseguita Abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista
- Date (dal) **29/07/2004**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II"
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Laurea specialistica in Farmacia voto: 109/110
- Argomento della tesi Tesi sperimentale in Botanica Farmaceutica "Olio essenziale di Centaurea Eryngioides Lam."/c/o il Dip.to di Chimica delle Sostanze Naturali- Università degli Studi di Napoli "Federico II"
- Date (dal) **16/07/1999**
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Liceo Scientifico G. Rummo Via S. Colomba 82100 Benevento
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Maturità Scientifica voto: 94/100

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

*Acquisite nel corso della vita e della carriera
ma non necessariamente riconosciute da
certificati e diplomi ufficiali.*

ALTRE LINGUE

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| | Inglese |
| • Capacità di lettura | Buona |
| • Capacità di scrittura | Buona |
| • Capacità di espressione orale | Buona |

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| | Francese |
| • Capacità di lettura | Buona |
| • Capacità di scrittura | Buona |
| • Capacità di espressione orale | Buona |

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI

Ottime capacità di lavorare in gruppo, spiccate doti di comunicazione, puntualità e precisione, riservatezza;

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE

Buone doti di coordinamento e di gestione dei rapporti con le persone;

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE

*Con computer, attrezzature specifiche,
macchinari, ecc.*

Ottime capacità di utilizzo del PC e della navigazione in Internet; utilizzo degli applicativi Windows, Windows XP, Vista;

CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

Tennis, pilates, moda, musica, viaggi, shopping, cucina, lettura;

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

Patente B

ULTERIORI INFORMAZIONI

Disponibilità immediata, disponibilità a trasferimenti sul territorio nazionale, disponibilità a trasferire all'estero;

ALLEGATI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.LGS del 30 giugno 2003, N. 196.

Torrecuso, 02/10/2015

NOME E COGNOME

dott.ssa Concetta Goglia

