

# Curriculum Vitae



## Informazioni Personali

Nome / Cognome **Francesca Capuano**  
Indirizzo Via Marziale 4, 80070 Bacoli Napoli  
Telefono Cellulare +39 3664062440  
E-mail [francescacapuano@virgilio.it](mailto:francescacapuano@virgilio.it)  
Nazionalità Italiana  
Data di nascita 29 Agosto 1975  
Sesso Femminile

## Occupazione Desiderata Settore Professionale

**Farmacista Collaboratore**

## Esperienze Professionali

<b>Periodo Corrente</b>	Dal 1° Dicembre 2016
Lavoro o posizione ricoperta	<b>Farmacista Collaboratore – Part Time</b>
Principali mansioni e responsabilità	Dispensazione al banco, gestione della clientela e relativi profili sanitari
Nome e indirizzo del datore di lavoro	<b>Farmacia AZAN dei dott.ri Pierluigi e Fulvio Canfora C. Repubblica, 49 c.a.p. 80078 - Pozzuoli (NA)</b>
<b>Periodo</b>	Settembre 2008 – Gennaio 2016
Lavoro o posizione ricoperta	<b>Farmacista Collaboratore – Full Time</b>
Principali mansioni e responsabilità	Dispensazione al banco, gestione della clientela e relativi profili sanitari
Nome e indirizzo del datore di lavoro	<b>Farmacia dott.sa Musto Antonietta Via Fusaro, 44 c.a.p. 80070 – Bacoli (NA)</b>
<b>Periodo</b>	Settembre 2005 – Settembre 2008
Lavoro o posizione ricoperta	<b>Farmacista Collaboratore - Part Time</b>
Principali mansioni e responsabilità	Dispensazione al banco, gestione della clientela e relativi profili sanitari
Nome e indirizzo del datore di lavoro	<b>Farmacia dott.sa Musto Antonietta Via Fusaro, 44 c.a.p. 80070 – Bacoli (NA)</b>
<b>Periodo</b>	Ottobre 2006 - Maggio 2007
Lavoro o posizione ricoperta	<b>Farmacista Collaboratore - Part Time</b>
Principali mansioni e responsabilità	Dispensazione al banco, gestione della clientela e relativi profili sanitari
Nome e indirizzo del datore di lavoro	<b>Farmacia dott. Ronsisvalle Ettore Via Cicerone, 35 c.a.p. 80078 – Pozzuoli (NA)</b>
<b>Periodo</b>	Ottobre 2003 – Gennaio 2006
Lavoro o posizione ricoperta	<b>Farmacista Collaboratore – Part Time</b>
Principali mansioni e responsabilità	Dispensazione al banco, gestione della clientela e relativi profili sanitari
Nome e indirizzo del datore di lavoro	<b>Farmacia dott. Gesualdo Alberto Salvatore Via Solfatara, 4 c.a.p. 80078 – Pozzuoli (NA)</b>
<b>Periodo</b>	Agosto 2003 - Settembre 2003
Lavoro o posizione ricoperta	<b>Apprendistato c/o Farmacia – Full Time</b>
Principali mansioni e responsabilità	Periodo di Praticantato Post Laurea
Nome e indirizzo del datore di lavoro	<b>Farmacia dott. Gesualdo Alberto Salvatore Via Solfatara, 4 c.a.p. 80078 – Pozzuoli (NA)</b>

**Istruzione e Formazione**

Laurea in Farmacia conseguita il 26 maggio 2003 con votazione 100/110.

**Abilitazione Professionale**

29 Luglio 2003

Iscrizione all'Albo Professionale di Napoli con il n° 6600

**Capacità e Competenze Informatiche**

Software gestionali:

WINGESFAR COPERNICO - PORTALE SANIARP - D.P.C. - WINFARM EVOLUTION - C.U.P.

**Lingue conosciute**

Inglese livello scolastico

**Capacità e competenze sociali**

Buona predisposizione alle relazioni interpersonali senza alcuna preclusione di età anagrafica, religione, cultura ed estrazione sociale, sia nel privato sia nella vita in generale, esperienza oltremodo gratificante per le note positive ricevute da persone di diverse realtà.

**Capacità e competenze organizzative**

Capacità di gestione autonoma del lavoro, assunzione in modo responsabile di "tutte" le attività del farmacista a qualsiasi livello, spirito di adattamento maturato durante le "diverse" esperienze professionali svolte in periodi "complementari" tra loro, caratterizzandone la crescita.

Dinamismo gestionale e predisposizione a carichi di lavoro "elevati" anche per periodi prolungati, caratteristica sviluppata nel tempo ponendo massima attenzione nella gestione della clientela, accettando un sano confronto delle idee con umiltà, motivazione e consapevolezza professionale.

Forte volontà nella ricerca del lavoro di gruppo e della sua flessibilità, avendo maturato esperienze nel problem solving, credendo fortemente nella mia Professione.

**Patente di guida**

B

**Ulteriori Informazioni**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003. n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data  
30 marzo 2017

Firma

