

## INFORMAZIONI PERSONALI



## Sabrina Schiavon

📍 Via Fapanni, nr. 10, 30033, Noale , Italia  
☎️ 📠 +39 366 68 68 953  
✉️ sabrina.schiavon@comune.massanzago.pd.it

Sesso F | Data di nascita 18/12/1969 | Nazionalità Italiana

## POSIZIONE RICOPERTA

Farmacista.

ESPERIENZA  
PROFESSIONALE

Dal 1999 ad oggi : esercito la mia professione di farmacista presso la farmacia Pajetta Dr. Mario , sita in Massanzago (PD).

Dal 1998 al 1999 : ho esercitato la mia professione di farmacista presso la farmacia Medina , sita in Marghera (VE).

Dal 1997 al 1998 : ho fatto stage formativo presso la farmacia Bottacin, sita a Salzano (VE).

## ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Dal 2003 ad oggi : Partecipazione continua al progetto di mantenimento formativo farmaceutico ECM / FAD.

Dal 2002 al 2003: Master sull'Omeopatia e medicina naturale in farmacia, presso la sede distaccata di Padova del centro Italiano sugli studi e documentazione in Omeopatia.

Dal 1988 al 1997 : Laurea in Farmacia, presso l'università di Padova, con conseguente Esame di stato ed iscrizione all'albo professionale dei farmacisti di Venezia, in data 29 Maggio 1997.

Dal 1987 al 1988 : Corso integrativo per l'iscrizione a qualsiasi facoltà universitaria, presso l'istituto Magistrale Duca degli Abruzzi, Treviso.

Dal 1983 al 1987 : Diploma Magistrale, presso l'istituto Magistrale Duca degli Abruzzi, Treviso.

COMPETENZE PERSONALI

Lingua madre Italiana.

Altre lingue	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
Francese	B2	B2	B2	B2	B2
Inglese	A2	A2	A2	A2	A2

Livelli: A1/2 Livello base - B1/2 Livello intermedio - C1/2 Livello avanzato  
 Quadro Comune Europeo di Riferimento delle Lingue

**Competenze comunicative** Possiedo ottime competenze comunicative, relazionali e professionali acquisite durante la mia esperienza di farmacista.

**Competenze organizzative e gestionali** Ottime competenze organizzative e gestionali inerenti alla professione esercitata.

**Competenze professionali** Ottima conoscenza dei farmaci/ dispensazione/consiglio, acquisita negli anni con continua formazione ed esperienza professionale maturata presso le farmacie dove ho esercitato la mia professione.

**Competenze informatiche** Buona padronanza degli strumenti Microsoft Office.

**Patente di guida** B.

**Dati personali** 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".

In data: 11 / 07 / 2014

Dr. Sabrina Schiavon.

