

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **Di Lorenzo Giovanni**
Indirizzo **Via 4 Novembre, n 3 - Cavriago (RE)**
Telefono **392 9533989 - 0522 575668**
Fax **0522 370621**
E-mail **farmaciasterenziano@yahoo.it**

Nazionalità **italiana**
Data di nascita **28/04/1977**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **Dal 2006 ad oggi**

- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Farmacia S.Terenziano, Cavriago (RE)**
 - Tipo di azienda o settore **Farmacia**
 - Tipo di impiego **Direttore e titolare**
- Principali mansioni e responsabilità **Gestione aziendale e deontologica**

- Date (da – a) **Dal 2003 al 2006**

- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Farmacia S.Terenziano, Cavriago (RE)**
 - Tipo di azienda o settore **Farmacia**
 - Tipo di impiego **Farmacista dipendente**
- Principali mansioni e responsabilità **Dispensazioni medicinali, ordini e forniture magazzino**

- Date (da – a) **Dal 2007 al 2017**

- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Federfarma (RE)**
 - Tipo di azienda o settore **Sindacato di farmacie**
 - Tipo di impiego **Consigliere operativo**
- Principali mansioni e responsabilità **Commissione ricette, ECM, Tavolo tecnico con Ordine Farmacisti e AUSL**

- Date (da – a) **Dal 2017 ad oggi**

- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Ordine dei Farmacisti (RE)**
 - Tipo di azienda o settore **Associazione di categoria - farmacie**
 - Tipo di impiego **Consigliere operativo con la carica di tesoriere**

• Date (da – a) **Dal 2008 ad oggi**

• Nome e indirizzo del datore di lavoro
 • Tipo di azienda o settore
 • Tipo di impiego
 • Principali mansioni e responsabilità

Farmeglio (RE), poi dal 2009 **InFarmacia (BO)**
 Consorzio di farmacie
 Consigliere operativo
 Rapporti commerciali con industrie farmaceutiche, coordinamento provinciale delle farmacie

• Date (da – a) **Dal 2016 ad oggi**

• Nome e indirizzo del datore di lavoro
 • Tipo di azienda o settore
 • Tipo di impiego

UFICOM (MO)
 Servizi per le farmacie
 Consigliere operativo

• Date (da – a) **Dal 2013 ad oggi**

• Nome e indirizzo del datore di lavoro
 • Tipo di azienda o settore
 • Tipo di impiego

UFI (MO)
 Servizi elettronici per le farmacie
 Consigliere operativo

• Date (da – a) **Dal 2008 al 2010**

• Nome e indirizzo del datore di lavoro
 • Tipo di azienda o settore
 • Tipo di impiego
 • Principali mansioni e responsabilità

CediFar (BO)
 Società di servizi per farmacie
 Consulente normativo
 Analisi fattibilità nuovi servizi

• Date (da – a) **Dal 2009 ad oggi**

• Nome e indirizzo del datore di lavoro
 • Tipo di azienda o settore
 • Tipo di impiego
 • Principali mansioni e responsabilità

CediFar (BO)
 Società di servizi per farmacie
 Consigliere operativo
 Analisi fattibilità nuovi servizi

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a) **2012**

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Master in Management per la Farmacia, **SDA Bocconi School of Management (MI)**

• Date (da – a) **1996-2003**

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

Università degli Studi di Parma

- Qualifica conseguita Laurea in Farmacia
- Date (da – a) 1992-1996
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione liceo A. Moro di Reggio Emilia
- Qualifica conseguita Diploma di maturità scientifica

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

MADRELINGUA ITALIANO

ALTRE LINGUA

- Capacità di lettura INGLESE
buono
- Capacità di scrittura buono
- Capacità di espressione orale buono

CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI Svolgo le attività di relazione con il pubblico presso la farmacia cercando di improntare l'assistenza ai clienti in ottica di problem solving.

CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE Coordinamento e amministrazione del personale dipendente in farmacia.

CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE Preparazione dei medicinali, implementazione di software per favorire la condivisione di informazioni e dati tra farmacie.

CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE Disegno e pittura.
Musica, scrittura, disegno ecc.

PATENTE O PATENTI A, B e nautica.

ULTERIORI INFORMAZIONI Dal 2010 ad oggi
Iscritto e operativo presso il gruppo reggiano dei **Farmacisti Volontari per la Protezione Civile**.

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, 18/05/2018

Firma

