

## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome / Cognome Elisabetta Ciani  
Indirizzo  
Telefono  
Fax  
E-mail  
Data di nascita

*Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e leggi speciali vigenti in materia e previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nell'ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sopra citato,*

**dichiara**

*sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli:*

### Esperienza professionale Rese a favore di P.A.

Date	<b>Dal 10/2023</b>
Lavoro o posizione ricoperti	Farmacista Libero Professionista
Principali attività e responsabilità	Attuazione del progetto buon uso del farmaco ed aderenza terapeutica nella continuità ospedale-territorio
Nome e indirizzo del datore di lavoro	U.O. Direzione Assistenza Farmaceutica Ospedaliera di Ravenna
Tipo di attività o settore	Assistenza Farmaceutica Ospedaliera
Date	<b>09/2022-09/2023</b>
Lavoro o posizione ricoperti	Farmacista borsista
Principali attività e responsabilità	Inserimento e gestione delle segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini nella rete nazionale di farmacovigilanza.
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Azienda Ospedaliero universitaria pisana Via Roma, 67
Tipo di attività o settore	Assistenza Farmaceutica Ospedaliera
Date	
Lavoro o posizione ricoperti	
Principali attività e responsabilità	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di attività o settore	
Date	
Lavoro o posizione ricoperti	
Principali attività e responsabilità	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di attività o settore	

## Esperienza professionale Rese a favore di Datori di Lavoro Privati

Date	<b>02/2021-09/2021</b>
Lavoro o posizione ricoperti	Farmacista collaboratore
Principali attività e responsabilità	Attività di controllo e valutazione delle prescrizioni mediche, acquisizione di competenza sulla legislazione e la normativa, utilizzo di programmi gestionali informatici, comunicazione e gestione delle relazioni con l'utente, nonché fornitura di informazioni, consigli e consulenze.
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Farmacia Rambelli Dott.ssa Federica Francesconi, via Ravegnana 149 Forlì
Tipo di attività o settore	Commerciale e vendite
Date	
Lavoro o posizione ricoperti	
Principali attività e responsabilità	
Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipo di attività o settore	

## Istruzione e formazione

Date	<b>16/07/2020</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Abilitazione professionale
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Abilitazione all'esercizio della professione di farmacista
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Alma mater studiorum- Università di Bologna
Date	<b>09/2013-10/2019</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea magistrale CU. Classe LM13 Farmacia e Farmacia Industriale
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Acquisizione di competenze teoriche e pratiche nei settori chimico, biologico, biofisico, farmacologico, farmaceutico e tecnologico-farmaceutico Titolo della tesi: monitoraggio delle terapie con antivirali ad azione diretta in pazienti con epatite cronica C e potenziali interazioni farmacologiche
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Alma mater studiorum- Università di Bologna
Date	<b>2008-2013</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Diploma di maturità scientifica
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	Acquisizione di competenze sia in materie scientifiche che umanistiche
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Liceo Scientifico Statale Fulcieri Paulucci di Calboli
Date	
Titolo della qualifica rilasciata	
Principali tematiche/competenze professionali acquisite	
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	

**Corsi di aggiornamento**

Seminario: reazioni anafilattiche in corso di chemioterapia con composti del platino

Data 19/09/2023

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Centro regionale di farmacovigilanza toscano

**Capacità e competenze personali**

Le mie competenze personali comprendono capacità di comunicazione, che mi consentono di interagire in modo efficace sia con i pazienti che con i colleghi, garantendo una chiara comprensione delle informazioni farmaceutiche. Dimostro anche capacità di lavoro di squadra, collaborando efficacemente con altri professionisti sanitari per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti. Inoltre, ho partecipato a corsi di formazione professionale per rimanere costantemente aggiornato sulle più recenti scoperte e innovazioni nel campo farmaceutico.

Madrelingua **Italiana**

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

**Lingua inglese****Lingua francese**

Comprensione				Parlato				Scritto	
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale			
	B2		B2		B2		B2		B2
	A1		A1		A1		A1		A1

**Allegati**

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".

**Firma**