|  |
| --- |
| il curriculum vitae |

TOESCHI MARCO

|  |
| --- |
| curriculum vitae  **MARCO Dr. TOESCHI**  11 |

|  |
| --- |
| Informazioni personali |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome |  | **toeschi marco** |
| Indirizzo |  | **VIA PELIZZINA 10/4, 10081 CASTELLAMONTE** |
| Telefono |  | **0124 517299 - 347 4191759** |
| Fax |  |  |
| E-mail |  | **m.toeschi@alice.it** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazionalità |  | **italiana** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data di nascita |  | 01/03/1974 |

|  |
| --- |
| Esperienza lavorativa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **•** Date (da – a) |  | dal 1/04/1999 al 31/7/1999 "Nuovi derivati di origine vegetale a scheletro tassanico". |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro |  | Tecnofarmaci presso l'Università degli Studi di Torino, Dipartimento di scienza e tecnologia del farmaco |
| **•** Tipo di azienda o settore |  | Tecnofarmaci – Indena Milano industria chimica |
| **•** Tipo di impiego |  | Contratto a progetto ("Nuovi derivati di origine vegetale a scheletro tassanico") |
| **•** Principali mansioni e responsabilità |  | Collaboratore tecnico-scientifico |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **•** Date (da – a) |  | dal 01/05/2001 al 30/09/2000. E nuovamente dal 1/04/2003 al 28/2/2004. |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro |  | la farmacia dott. Vallero Elio di Valperga C.se |
| **•** Tipo di azienda o settore |  | Farmacia privata |
| **•** Tipo di impiego |  | contratto da dipendente |
| **•** Principali mansioni e responsabilità |  | Collaboratore presso la farmacia dott. Vallero Elio di Valperga C.se, con responsabilità di direttore per tre mesi annui, |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **•** Date (da – a) |  | dal 01/11/2001 sino al 30/03/2003 |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro |  | presso la farmacia “dell’Ospedale” del dott. Garelli Enrico di Rivarolo Canavese |
| **•** Tipo di azienda o settore |  | Farmacia privata |
| **•** Tipo di impiego |  | Collaboratore dipendente |
| **•** Principali mansioni e responsabilità |  | *Collaboratore* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **•** Date (da – a) |  | dall’1/03/2004 sino a 31/08/2011 |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro |  | A. Menarini Industrie Farmaceutiche Riunite s.r.l.. |
| **•** Tipo di azienda o settore |  | Industria farmaceutica |
| **•** Tipo di impiego  Principali mansioni e responsabilità |  | Contratta a tempo indeterminato (impiegato B1)  Informatore scientifico del farmaco provincia di Torino |
| **•** Date (da – a) |  | Dal 1/9/2011 al 18/8/2019 (ceduta in gestione) |
| **•** Nome e indirizzo del datore di lavoro |  | Imprenditore Esercizio farmaceutico di prossimità (parafarmacia) |
| **•** Tipo di azienda o settore |  | Farmacia ortopedia |
| **•** Tipo di impiego |  | Titolare imprenditore |

|  |
| --- |
| Istruzione e formazione |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| • Date (da – a) |  | 1993 - 1999 |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione |  | Laurea in Farmacia conseguita presso l'Università degli Studi di Torino, facoltà di Farmacia con punteggio 108/110 con tesi sperimentale "Studi su diterpeni delle Euphorbiaceae" |
| • Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio |  | Abilitato all'esercizio della professione di Farmacista nella prima sessione relativa all'anno 1999 nell'Università degli Studi di Torino. |
| • Qualifica conseguita |  | Laurea e abilitazione alla professione di farmacista |
| • Livello nella classificazione nazionale (se pertinente<9  data  Master |  | 06/2019 *****MASTER EXECUTIVE IN PROJECT MANAGEMENT*****  *Presso Life Learning* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| • Corsi di approfondimento |  | Corso di fitoterapia clinica del dr. Grandi Centro le due Torri di Torino con la libera Università Europea |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| • Corsi di approfondimento |  | Corso in Alimentazione e Supplementazione Sportiva (attestato da Non SoloFitness) |

|  |
| --- |
| Capacità e competenze personali  *Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali*. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prima **lingua** |  | **Italiano** |

|  |
| --- |
| Altre lingue |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **inglese** |
| **•** Capacità di lettura |  | ottimo |
| **•** Capacità di scrittura |  | sufficiente |
| **•** Capacità di espressione orale |  | buono |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **francese** |
| **•** Capacità di lettura |  | buono |
| **•** Capacità di scrittura |  | elementare |
| **•** Capacità di espressione orale |  | elementare |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Capacità e competenze relazionali |  | *Ex-Arbitro tesserato AIA, ed iscritto all'AVIS e ad altre associazioni di carattere sociale. Allenatore di calcio pulcini ed esordienti.*  *Responsabile regionale Federazione Nazionale parafarmacie italiane sino al 3/2016*  *Organizzatore della iniziativa benefica nazionale “Parafarmacie solidali”* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Capacità e competenze organizzative |  | *Organizzazione dell’amministrazione della mia attività, con cui ho dimostrato di saper pianificare e sviluppare un business plan, avere capacità manageriale e gestionali*  *Gli anni dell’informazione medica mi hanno insegnato a raggiungere obbiettivi a tempo con organizzazione, strategia e pianificazione del lavoro e delle risorse* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Capacità e competenze tecniche  *Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.* |  | *Buone capacità di utilizzo di programmi pacchetti Office, Excel, e Chem Office* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Capacità e competenze artistiche  *Musica, scrittura, disegno ecc.* |  | *I miei hobby sono la coltivazione dei bonsai, e la pratica di sport come la corsa, il tennis, la mountain bike (quando ho tempo libero!!!)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patente o patenti |  | A e B internazionali |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Marco dr. Toeschi

VIA PELIZZINA 10/4

10081 CASTELLAMONTE

TELEFONO 0124 517299

Cell. 3474191759

POSTA ELETTRONICA

m.toeschi@libero.it

|  |
| --- |
| **Dichiarazione** |

Dichiaro che le informazioni riportate nel presente Curriculum Vitae sono esatte e veritiere.

Autorizzo il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi e per gli effetti della legge 31.12.96, n. 675 per le finalità di cui al presente avviso di candidatura.

Data: 21/10/2010 Firma: Marco dr. Toeschi