



## INFORMAZIONI PERSONALI

**Cognome e Nome** CUPO DOMENICA  
**Qualifica** DIRIGENTE FARMACISTA  
**Amministrazione** IRCCS MATERNO INFANTILE BURLO GAROFOLO  
**Incarico attuale** DIRIGENTE FARMACISTA  
**Numero telefonico dell'ufficio** 0403785412  
**Fax dell'ufficio** /  
**Indirizzo e-mail** domenica.cupo@burlo.trieste.it

**TITOLI DI STUDIO** *Laurea magistrale in Farmacia* E.i.s. biologico sanitario  
**PROFESSIONALI** ED farmacista notturnista –gestione organizzativa farmacia –  
**ESPERIENZE LAVORATIVE** *approvvigionamento farmaci-analisi chimico batteriologiche*

- **Titolo di studio**
- **Altri titoli di studio e professionali**
  - **Esperienze professionali (incarichi ricoperti)**
- Capacità linguistiche**

**Laurea magistrale in Farmacia**

Specializzazione in Farmacia Ospedaliera

*Direttore tecnico di Farmacia*

Lingua	Livello parlato	Livello Scritto
Italiano	madrelingua	madrelingua
Inglese-tedesco	buono	buono

/  
Conoscenza e utilizzo del pacchetto Office**Capacità nell'uso delle tecnologie**

**Altro (partecipazione a convegni e seminari, pubblicazioni, collaborazione a riviste, ecc., ed ogni altra informazione che il dirigente ritiene di dover pubblicare)**