CURRICULUM VITAE

Dati personali

Nome e Cognome: Michela Stracchi
Data di nascita: 14 aprile 1977
Luogo di nascita: Crema (CR)
Cellulare: 320 1722633
Email: stramiki77@gmail.com

Titoli di studio

- **Diploma di Tecnologie Alimentari**, ITIS "Galileo Galilei" di Crema – *1997*
- **Laurea in Farmacia**, Università degli Studi di Milano – *14 luglio 2010*
- **Abilitazione alla professione di Farmacista**, Università degli Studi di Milano – *ottobre 2010*

Iscrizione all'Albo

- Iscritta all'Albo dei Farmacisti di Cremona dal *12 gennaio 2011*
  - **Numero di iscrizione:** 1458

Esperienze professionali

- **Collaboratore in impresa familiare**
  Farmacia Stracchi – Monte Cremasco
  Da gennaio 2011 a dicembre 2024
  - Attività di dispensazione farmaci, consulenza al pubblico, gestione magazzino e forniture, supporto nella gestione quotidiana dell'esercizio.
- **Libera professionista**
  Farmacia Stracchi – Monte Cremasco e AFM – Crema
  Da gennaio 2025 a oggi
  - Collaborazione in qualità di farmacista libera professionista pressocon attività di consulenza, gestione farmaci, preparazioni galeniche e assistenza alla clientela presso:
  - AFM Crema: da febbraio 2025

Scanned with CamScanner

- farmacia dr. stracchi da gennaio 2025

Competenze

- Ottima conoscenza del farmaco e delle normative sanitarie
- Capacità di lavoro in team e gestione relazioni con la clientela
- Esperienza in contesti sia familiari sia aziendali pubblici
- Conoscenza dei principali software gestionali per farmacie

BAGNOLO CR.SCO
25.08.26

Michele Stn

ALLEGATO 1

ANNO COMPETENZA 2025

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI E DI COLLABORAZIONE O CONSULENZA
(Art. 15 Decreto Legislativo 14/03/2013 n. 33 c. 1 e 2)

Il sottoscritto ai sensi dell'Art. 15 del Decreto Legislativo 14/03/2013 n. 33

Cognome	Stracchi
Nome	Michela
Incarico in Azienda	Farmacista

Dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/00

- O che in aggiunta all'incarico con l'Azienda Farmaceutica Municipalizzata di Crema svolge incarichi professionali, o è titolare di cariche in altri enti pubblici o privati regolati o finanziati da una Pubblica Amministrazione.

Ente	Incarico/Carica

- O si allega Curriculum Vitae aggiornato, datato e sottoscritto.

Con la firma in calce l'interessato presta il relativo consenso al trattamento dei propri dati personali anche ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/16 per la finalità correlata alla presente auto-dichiarazione.

Data

25.08.26

Il Dichiarante

□**ALLEGATO 2**

ANNO COMPETENZA 2025

DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI DI CUI AL D.LGS. 39 DEL 2013
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto

Cognome	Stracchi
Nome	Michela
Codice fiscale	STR MHL 77D54 D142G
Incarico in Azienda	Farmacista

in attuazione del disposto di cui all'art. 20, comma 2, del D.lgs. 39/2013 e consapevole delle responsabilità civili e penali e amministrative relative a dichiarazioni false e mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

a) che non sussiste alcuna causa di incompatibilità o inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per lo svolgimento del proprio incarico presso l'Azienda Farmaceutica Municipalizzata di Crema;
b) di non incorrere nei divieti dell'art. 53 comma 16 — ter D.lgs. 165/01 e art. 21 D.lgs. 39/13;
c) di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet dell'Azienda Farmaceutica Municipalizzata di Crema e, con la firma in calce, di prestare il relativo consenso

Scanned with CamScanner

anche ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/2016;

d) allega copia del documento di identità fronte-retro in corso di validità

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda Farmaceutica Municipalizzata di Crema ogni e qualsivoglia mutamento della situazione dichiarata.

Data

25.08.26

Il Dichiarante

NB: Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica fronte-retro non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Scanned with CamScanner