|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación del Puesto:** | FARMACEUTICO/A   |
| **Departamento:** | - |
| **Funciones:** | SE PRECISA FARMACEUTICO/A  ADJUNTO/A  PARA ELDA PARA 6 MESES DE CONTRATO, AMPLIABLES A 1 AÑO Y/O INDEFINIDO.  Es muy importante tener empatía, capacidad de comunicación, predisposición a formarse, ganas de aprender, residencia por la zona y capacidad de trabajo en equipo |
| **Plazas solicitadas:** | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **F. Tope de Admisión de Candidatos:** | 30/09/2018 |
| **Fecha de Cierre de la Oferta:** | 28/10/2018 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Incorporación:** | Noviembre 2018 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ámbito geográfico:** | Comunidad Valenciana |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Provincia:** | Alicante | **||** | **Localidad:** | ELDA |

|  |  |
| --- | --- |
| **Horario/Período de trabajo:** | Media Jornada |
| **Tipo de contrato:** | Duracion Determinada Tiempo Parcial |
| **Retribución bruta anual:** | Según Convenio |
| **Comentarios:** | Las personas que lo deseen y cumplan los requisitos, para participar en el proceso de selección tienen que inscribirse en la oferta con su propio CV actualizado y orientado al puesto. Para inscribirse en la oferta hay que pinchar en MÁS INFORMACIÓN y después de introducir las claves del OPAL, en INSCRIBIRSE EN LA OFERTA con el propio CV. En el caso de duda contactar a través del e-mail Silvia.Collado-Aranda@fundacions.uv.es |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Carnet de Conducir:** | No importa | **||** | **Vehículo Propio:** | No importa |
| **Disponibilidad Viajar:** | No importa |
| **Beca:** | No importa | **||** | **Investigación :** | No importa |
| **Oferta No Cualificada:** | No importa |
| **Empleo Público:** | No | **||** | **Empleo Privado:** | Sí |
| **Otros Requisitos:** | - |

## FORMACIÓN ACADÉMICA

• 1 o varias Titulaciones / Grados y 1 o varios Postgrados.

|  |  |
| --- | --- |
| **Titulación:** | Doble Grau en Farmàcia i Nutrició Humana i Dietètica |
| **Estudiantes/Titulados:** | Titulados |
| **Nota de Expediente:** | - |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titulación:** | Grau en Farmàcia |
| **Estudiantes/Titulados:** | Titulados |
| **Nota de Expediente:** | - |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titulación:** | Llicenciatura en Farmàcia |
| **Estudiantes/Titulados:** | Titulados |
| **Nota de Expediente:** | - |

## DATOS DE CONTACTO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** | ROBERTO VALERO MIÑANO | **||** | **Cargo:** | - |
| **Teléfono:** | 965386909 | **||** | **Teléfono Alternativo:** | - |
| **E-mail:** | farmaciavalero@gmail.com | **||** |  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Horario de Contacto:** | L-V de 9 a 14h |