

Allegato 2

SCHEDA RIEPILOGATIVA DELLE INFORMAZIONI UTILI

DA COMPILARE IN CARTA SEMPLICE

Alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
SIMM

Via Marsala, 103
00185 - Roma

simmigrazioni@pec.it

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome Nato/a a ... prov. (...) il ..., codice fiscale, residente in prov. (...), Via/Piazza CAP

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, visto l'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000

A) Laurea specialistica o vecchio ordinamento

Tipologia di ordinamento	Laurea in/Indirizzo	Università	Voto	Data conseguimento

B) Altra Formazione

Tipologia conseguito	Anni di formazione post-laurea	Istituto	Eventuale voto	Data conseguimento

C) Esperienza in progettazione di percorsi formativi in ambito di Salute e Migrazione

Tipologia lavoro	Durata esperienza	Contesto/Ente	Attività svolta (breve sintesi)

D) Esperienza nell'ambito di coordinamento di attività formative

Tipologia lavoro	Durata esperienza	Contesto/Ente	Attività svolta (breve sintesi)

E) Altri titoli o esperienze inerenti le competenze richieste

Tipologia lavoro	Durata esperienza	Contesto/Ente	Attività svolta / competenze acquisite (breve sintesi)