

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI ESPERIENZA
FORMATIVA PRESSO OSPEDALI NEI QUALI IL CUAMM OPERA CON IL
PROGETTO “PRIMA LE MAMME ED I BAMBINI” PER N. 10 STUDENTI
LAUREANDI DEL III ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA**

N.B. Da inviare esclusivamente al proprio Corso di Laurea

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Indirizzo di residenza:

Città

Telefono:

Cellulare:

e-mail:

Sede Universitaria:

Anno di corso:

Media voti:

Conoscenza lingua inglese (*)

Scarsa Discreta Buona Ottima Certificato di Lingua si no

Conoscenza lingua Francese (*)

Scarsa Discreta Buona Ottima Certificato di Lingua si no

Conoscenza Lingua Spagnola o portoghese (*)

Scarsa Discreta Buona Ottima Certificato di Lingua si no

(*) La conoscenza delle lingue è criterio preferenziale nella selezione. Si prega quindi di indicare ed inviare congiuntamente alla domanda eventuali Certificati di Lingua

Precedenti esperienze in progetti di cooperazione sì no

Se sì, quali?

Perché desideri partecipare al progetto?

Cosa ti aspetti da questo tipo di esperienza?

Si allega alla presente:

- | | |
|--|---|
| Curriculum Vitae | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Piano di studi | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Carriera con Esami sostenuti | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Certificato segreteria CLO di superamento di tutti gli esami del I°,II° e primo semestre III° anno | (OBBLIGATORIO) |
| Certificazioni conoscenza lingua straniera | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Copia passaporto in corso di validità | (OBBLIGATORIO) |

Data

Firma