

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

simimmigrazioni@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/Istituto	Voto	Data conseguimento

B) Formazione universitaria post-laurea

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

C) Formazione sui temi della migrazione

Tipologia conseguito	Durata formazione	Ente organizzatore	Argomenti formazione	Data conseguimento

D) Esperienza in progettazione di attività formative e valutazione in ambito di educazione degli adulti

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

E) Esperienza nell'ambito della formazione degli adulti sui temi di salute e migrazione

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

F) Conoscenze e/o esperienze nell'utilizzo di strumenti web per attività a distanza

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

G) Altri titoli o esperienze inerenti le competenze richieste

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