

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 – Diploma Superiore

Tipologia di ordinamento	Laurea in/Indirizzo	Università/Istituto	Voto	Data conseguimento

B) Formazione universitaria post-laurea

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

C) Formazione sui temi della migrazione

Titolo conseguito	Durata formazione	Ente organizzatore	Argomenti formazione	Data conseguimento

D) Esperienza maturata in progetti formativi sul tema della salute dei migranti negli ultimi 10 anni

Tipologia incarico	Durata incarico	Committente	Progetto e relativo budget	Attività svolta (breve sintesi)

E) Esperienza di gestione o programmazione all'interno del sistema di Educazione Continua in Medicina

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

F) Conoscenza lingue straniere

Lingua	Livello conoscenza (scritta)	Livello conoscenza (comprensione)	Livello conoscenza (parlata)	Attestazione/certificazione

G) Altri titoli o esperienze inerenti competenze nell'ambito della formazione degli adulti

Descrizione del titolo / esperienza	Durata esperienza	Contesto/Ente	Attività svolta / competenze acquisite (breve sintesi)

NOTE: \_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA O DIGITALE

\_\_\_\_\_