

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

Da inviare per raccomandata AR al proprio Corso di Laurea

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Indirizzo di residenza:

Città

Telefono:

e-mail:

Sede Universitaria:

Anno di corso:

Media voti:

Conoscenza lingua inglese

Scarsa ☐ Discreta ☐ Buona ☐ Ottima ☐

Conoscenza lingua Francese

Scarsa ☐ Discreta ☐ Buona ☐ Ottima ☐

Conoscenza Lingua Spagnola o portoghese

Scarsa ☐ Discreta ☐ Buona ☐ Ottima ☐

Precedenti esperienze in progetti di cooperazione ☐ Si ☐ No

Se si, quali?

Perché desideri partecipare al progetto?

Cosa ti aspetti da questo tipo di esperienza?

Allego alla presente

Curriculum Vitae Si ☐ No ☐

Piano di studi Si ☐ No ☐

Carriera con Esami sostenuti Si ☐ No ☐

Data

Firma