

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
VIA GIUSTINIANI, 2
35128 PADOVA

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. ____ il _____
residente a _____ prov. ____ CAP _____
in Via _____ n.° _____

chiede di essere ammesso/a alla procedura di selezione ai fini dell'individuazione di n. 30 candidati (di cui n. 10 posti riservati a studenti di Medicina e chirurgia) da destinare alla frequenza del "corso per facilitatori in simulazione".

Dichiara sotto la propria personale responsabilità:

- 1) Di ricoprire la seguente posizione lavorativa: _____
- 2) (per i soli studenti) di essersi iscritto al CLMCU in Medicina e Chirurgia nell'A.A. _____
matricola _____, anno di corso _____;

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

Indirizzo: _____

Telefono n.° _____

Indirizzo e-mail _____

Allega:

- Curriculum vitae datato e firmato;

Luogo, data _____

Firma _____