**Scheda raccolta dati per profilassi viaggiatore**

***Data sheet for traveller vaccinations***

COGNOME E NOME: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*SURNAME AND NAME: Click or touch here to input text.*

Data di Nascita Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Date of birth: Click or touch here to input a date.*

Luogo di nascita: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Place of birth: Click or touch here to input text.*

Città di residenza: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Town of residence: Click or touch here to input text.*

Qualifica Scegliere un elemento.

*Position: Choose a category.*

Struttura di appartenenza: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Affiliation: Click or touch here to input text.*

Paese di destinazione: Paese di destinazione

*Destination country: Destination country*

Tempo di permanenza: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Length of stay: Click or touch here to input text.*

Partenza prevista Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Planned departure: Click or touch here to input text.*

Motivo del viaggio: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Per studenti e/o dottorandi* (barrare o meno la casella):

[ ]  l’esperienza fornisce crediti al curriculum

[ ]  il viaggio è sovvenzionato da borse UNIBO

*Reason for travel: Click or touch here to input text.*

*For undergraduates and/or PhD students (mark the box if applicable):*

[ ]  *the experience adds credits to the curriculum*

[ ]  *the journey is assisted by UNIBO grants*

Mail Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*E-mail: Click or touch here to input text.*

Telefono Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

*Telephone: Click or touch here to input text.*

**Stato vaccinale:** Allegare copia certificato/diario vaccinale

***Vaccination status:*** *Attach copy of certificate/vaccination record*

Istruzioni

* Struttura d’appartenenza: indicare CdL o Dipartimento o altra Struttura dell’Ateneo
* Compilare e salvare il file con proprio **cognome nome**
* Inviarlo al medico competente di riferimento:

cristiana.delia@unibo.it;

cristiana.fiorentini@unibo.it;

massimo.naldi@unibo.it;

alessandro.risi@unibo.it

*Instructions*

* *Affiliation: indicate Degree programme or Department or other University Structure*
* *Complete and save the file using your own* ***surname name***
* *Send to the relevant Centre doctor:*

*cristiana.delia@unibo.it**;*

*cristiana.fiorentini@unibo.it**;*

*massimo.naldi@unibo.it**;*

*alessandro.risi@unibo.it*

**Schede incomplete non saranno prese in considerazione.**

***Incomplete forms will be ignored.***