**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](mailto:cristiana.delia@unibo.it);

[cristiana.fiorentini@unibo.it](mailto:cristiana.fiorentini@unibo.it);

[massimo.naldi@unibo.it](mailto:massimo.naldi@unibo.it);

[alessandro.risi@unibo.it](mailto: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*](mailto:cristiana.delia@unibo.it)*;*

[*cristiana.fiorentini@unibo.it*](mailto:cristiana.fiorentini@unibo.it)*;*

[*massimo.naldi@unibo.it*](mailto:massimo.naldi@unibo.it)*;*

[*alessandro.risi@unibo.it*](mailto:alessandro.risi@unibo.it)

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

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