### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO

**“FARMACIA CLINICA ONCOLOGICA 4.0”**

Anno Accademico 2021-2022

In caso di compilazione a mano, SCRIVERE IN STAMPATELLO

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI e RECAPITI** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome |  |
| Data e luogo di Nascita |  |
| email |  |
| Tel. cellulare |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE UNIVERSITARIA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **LAUREA Magistrale a Ciclo Unico** | |
| Titolo |  |
| Corso di laurea |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| Ateneo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVENTUALE SECONDA LAUREA** | |
| Titolo e tipologia |  |
| Corso di laurea |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| Ateneo |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE POST LAUREA DI TIPO UNIVERSITARIO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOTTORATO** | |
| Titolo |  |
| Anno di conseguimento |  |
| **MASTER UNIVERSITARI** | |
| Titolo1 |  |
| Nome Università che ha istituito il Master e Anno di conseguimento |  |
| Titolo2 |  |
| Nome Università che ha istituito il Master e Anno di conseguimento |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CORSI UNIVERSITARI DI ALTA FORMAZIONE o DI PERFEZIONAMENTO** | |
| Titolo1 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso e anno di frequenza |  |
| Titolo2 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso e anno di frequenza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE A SEMINARI, CONVEGNI E CORSI NON UNIVERSITARI**  **(per ogni iniziativa indicare: titolo, durata, soggetto organizzatore e anno di frequenza)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPERIENZE PROFESSIONALI PREGRESSE O IN CORSO**  **(Indicare esclusivamente le esperienze professionali, inclusi eventuali tirocini formativi, coerenti**  **con le tematiche affrontate nel Corso)**  **Per ogni esperienza professionale specificare:**   * **Datore di lavoro** * **Data di inizio e fine dell’esperienza professionale** * **Principali attività svolte** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ALTRI TITOLI O ESPERIENZE**  **(indicare ulteriori informazioni che il candidato ritiene utile segnalare alla Commissione valutatrice)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

*Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  | Firma |  |