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

**FARMACOLOGIA e FARMACIA CLINICA in ONCOLOGIA**

**Anno Accademico 2022-2023**

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** |
| Titolo |  |
| Corso di laurea |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| Ateneo |  |

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

|  |
| --- |
| **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 |  |