**SCHEDA TITOLI**

**SELEZIONE PER L’AMMISSIONE AL MASTER DI I LIVELLO IN “LINGUISTICA CLINICA”**

**Anno Accademico 2024/2025**

In caso di compilazione a mano, SCRIVERE IN STAMPATELLO

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Luogo/data di nascita |  |
| C.F. |  |
| Residenza |  |
| Tel. Cellulare |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE UNIVERSITARIA – Titolo di ammissibilità** |

|  |  |
| --- | --- |
| **LAUREA MAGISTRALE / SPECIALISTICA / VECCHIO ORDINAMENTO**  (titolo conseguito ai sensi dei D.M. 270/04 e D.M. 509/99, oppure degli ordinamenti previgenti) | |
| Nome corso di laurea |  |
| Data di laurea  (gg/mm/aaaa) |  |
| Voto di Laurea |  |
| Ateneo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LAUREA TRIENNALE**  (titolo conseguito ai sensi dei D.M. 270/04 e D.M. 509/99) | |
| Nome corso di laurea |  |
| Data di laurea  (gg/mm/aaaa) |  |
| Voto di Laurea |  |
| Ateneo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVENTUALE SECONDA LAUREA**  (titolo conseguito ai sensi dei D.M. 270/04 e D.M. 509/99, oppure degli ordinamenti previgenti) | |
| Nome corso di laurea |  |
| Data di laurea  (gg/mm/aaaa) |  |
| Voto di Laurea |  |
| Ateneo |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **DOTTORATO DI RICERCA** | |
| Titolo/Ateneo |  |
| Data di conseguimento del titolo |  |
| **MASTER UNIVERSITARI  (solo se erogati da Istituti Universitari – Indicare durata, CFU, data di inizio e termine)** | |
| Titolo 1 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata del corso (data di inizio e termine) |  |
| Titolo 2 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata del corso (data di inizio e termine) |  |
| Titolo 3 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata del corso (data di inizio e termine) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CORSI UNIVERSITARI DI ALTA FORMAZIONE o DI PERFEZIONAMENTO ED ESPERIENZE DI STUDIO ALL’ESTERO (solo se attinenti)** | |
| Titolo 1 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata del corso (data di inizio e termine) |  |
| Titolo 2 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata del corso (data di inizio e termine) |  |
| Titolo 3 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso, durata, CFU e durata del corso (data di inizio e termine) |  |

*Aggiungere righe, se necessario*

|  |  |
| --- | --- |
| **PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE ATTINENTI**  **(Per ogni pubblicazione specificare: autore/i, titolo, anno di pubblicazione, sede di pubblicazione – es. rivista/volume collettaneo – editore, pagine)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

*Aggiungere righe, se necessario*

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI NON UNIVERSITARI, SEMINARI E CONVEGNI**  **(per ogni iniziativa indicare: titolo, struttura erogante, durata in giorni/ore di formazione erogata, data inizio e data termine)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

*Aggiungere righe, se necessario*

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPERIENZE PROFESSIONALI (PREGRESSE OPPURE IN CORSO, inclusi eventuali tirocini formativi coerenti con le tematiche del master)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

*Aggiungere righe, se necessario*

|  |  |
| --- | --- |
| **ALTRI TITOLI**  **(indicare ulteriori titoli che il candidato ritiene pertinenti e utili per la valutazione della commissione)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

*Aggiungere righe, se necessario*

*Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003 e del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679.*

Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_