

**Modulo di Domanda ammissione alla borsa di studio**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

Domiciliato in (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Indirizzo di domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Telefono Mobile \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Laureato in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

Formazione post laurea

Master  Alta Specializzazione  ECM Ente erogatore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

Master  Alta Specializzazione  ECM Ente erogatore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

Periodo di lavoro con pazienti malati di Parkinson

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Pubblicazioni scientifiche

\_\_\_\_\_