

Allegato 2

SCHEDA RIEPILOGATIVA DELLE INFORMAZIONI UTILI

DA COMPILARE IN CARTA SEMPLICE

Alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
SIMM

Via Marsala, 103
00185 - Roma

simmigrazioni@pec.it

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome Nato/a a ... prov. (...) il, codice fiscale, residente in prov. (...), Via/Piazza CAP

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, visto l'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000

A) Laurea specialistica o vecchio ordinamento

Tipologia di ordinamento	Laurea in/Indirizzo	Università	Voto	Data conseguimento

B) Formazione sui temi della gestione amministrativo – contabile

Tipologia conseguito	Anni di formazione post-laurea	Istituto	Eventuale voto	Data conseguimento

C) Esperienza maturata nella gestione amministrativo – contabile di progetti cofinanziati da Fondi europei, ministeriali, regionali negli ultimi 10 anni

Tipologia di lavoro	Durata	Progetto	Ente di riferimento

D) Esperienza di consulente del lavoro

Tipologia lavoro	Durata esperienza	Contesto/Ente	Attività svolta (breve sintesi)