

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
VIA GIUSTINIANI, 2  
35128 PADOVA

### DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... prov. .... il.....  
residente a.....prov. ....CAP.....  
in Via..... n.....  
chiede di essere ammesso/a alla procedura di selezione ai fini dell'individuazione di n. 15 Formatori  
per le Soft skills per studenti di area medico-chirurgica

Dichiara sotto la propria personale responsabilità:

1) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

\_\_\_\_\_

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

.....

Telefono n.....

Indirizzo e-mail .....

Allega:

- Curriculum vitae datato e firmato;
- Documentazione attestante esperienza maturata
- Elenco delle eventuali pubblicazioni

Luogo, data .....

Firma.....