



**DATI CANDIDATO**

NOME

COGNOME

NATO/A

DATA DI NASCITA:

RESIDENTE IN

VIA

CAP

E-MAIL

CELLULARE

ANNO DI LAUREA

**QUALIFICA ATTUALE**

DIPLOMATO IN MEDICINA GENERALE

DIPLOMANDO IN MEDICINA GENERALE

TITOLO DEL LAVORO

CORSO DI FORMAZIONE (TRIENNO E ORDINE)

INTENDO ESPORRE IL MIO LAVORO ANCHE IN FORMA DI SHORT COMMUNICATION ORALE

DATA

FIRMA