### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL MASTER UNIVERSITARIO IN

### ACQUACOLTURA E ITTIOPATOLOGIA

Anno Accademico 2023/2024

In caso di compilazione a mano, SCRIVERE IN STAMPATELLO

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Cognome: |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE UNIVERSITARIA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO** | |
| Titolo |  |
| Corso di laurea |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| Titolo tesi (indicare se è sperimentale) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LAUREA TRIENNALE** | |
| Titolo |  |
| Corso di laurea |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| Titolo tesi (indicare se è sperimentale) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LAUREA SPECIALISTICA O MAGISTRALE** | |
| Titolo |  |
| Corso di laurea |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| Titolo tesi (indicare se è sperimentale) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVENTUALE SECONDA LAUREA** | |
| Titolo e tipologia |  |
| Corso di laurea |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **DOTTORATO** | |
| Titolo |  |
| Anno di conseguimento |  |
| **MASTER UNIVERSITARI** | |
| Titolo1 |  |
| Nome Università che ha istituito il Master e Anno di conseguimento |  |
| Titolo2 |  |
| Nome Università che ha istituito il Master e Anno di conseguimento |  |
| Titolo3 |  |
| Nome Università che ha istituito il Master e Anno di conseguimento |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CORSI UNIVERSITARI DI ALTA FORMAZIONE o DI PERFEZIONAMENTO** | |
| Titolo1 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso e anno di frequenza |  |
| Titolo2 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso e anno di frequenza |  |
| Titolo3 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso e anno di frequenza |  |
| Titolo4 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso e anno di frequenza |  |
| Titolo5 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso e anno di frequenza |  |
| Titolo6 |  |
| Nome Università che ha istituito il corso e anno di frequenza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUBBLICAZIONI ATTINENTI**  **(Per ogni pubblicazione specificare: autori e co-autori, titolo pubblicazione, tipologia – articolo etc – dove è stata pubblicata, anno di pubblicazione)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE A SEMINARI, CONVEGNI E CORSI NON UNIVERSITARI**  **(per ogni iniziativa indicare: titolo, durata e anno di frequenza)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPERIENZE PROFESSIONALI PREGRESSE O IN CORSO**  **(indicare esclusivamente le esperienze professionali, inclusi eventuali tirocini formativi, coerenti con le tematiche del Master)**  **Per ogni esperienza professionale specificare:**   * **Datore di lavoro** * **Data di inizio e fine dell’esperienza professionale** * **Principali attività svolte** * **Indicare anche frequentazioni in Strutture odontoiatriche e /o ospedaliere** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ALTRI TITOLI O ESPERIENZE PROFESSIONALI**  **(indicare ulteriori informazioni che il candidato ritenga utili per la valutazione della Commissione)** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |

*Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  | Firma |  |