



DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL MASTER DI II LIVELLO
“ALIMENTAZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE”
Università di Bologna - A.A. 2025/2026

IN CASO DI COMPILAZIONE A MANO SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

DATI ANAGRAFICI:

Nome:

Cognome:

Data e Luogo di nascita:

E-mail:

Telefono:

Città di residenza:

ULTIME POSIZIONI LAVORATIVE: ATTUALE E PENULTIMA ESPERIENZA LAVORATIVA

Struttura/Società:

Periodo:

Ruolo:

Attività svolte nel ruolo:

Struttura/Società:

Periodo:

Ruolo:

Attività svolte nel ruolo:

FORMAZIONE UNIVERSITARIA

COMPILARE SOLO IL PROPRIO PROFILO DI FORMAZIONE)

LAUREA TRIENNALE

Università di:

Facoltà:

Corso di laurea:

Anno di conseguimento:

Voto di Laurea:



DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

LAUREA DI SPECIALITA' MEDICA O EVENTUALE SECONDA LAUREA

Università di:

Facoltà:

Corso di laurea:

Anno di conseguimento:

Voto di laurea:

Titolo Tesi (indicare se sperimentale):

FORMAZIONE POST LAUREA

DOTTORATO

Università di:

Facoltà:

Corso di laurea:

Anno di conseguimento:

Durata:

MASTER UNIVERSITARIO

Titolo del Master 1:

Università e Facoltà:

Primo o secondo livello:

Anno conseguimento:

Titolo del Master 2:

Università e Facoltà:

Primo o secondo livello:

Anno conseguimento:

CORSO DI ALTA FORMAZIONE UNIVERSITARIO POST LAUREA

Titolo del Corso 1:

Università e Facoltà:

Anno conseguimento:



DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

CFU:

Titolo del Corso 2:

Università e Facoltà:

Anno conseguimento:

CFU:

CORSI NON UNIVERSITARI INERENTI E DI DURATA SUPERIORE A 48 ORE CIASCUNO

Titolo 1:

Durata in ore:

Società o ente erogatore:

Anno conseguimento:

Titolo 2:

Durata in ore:

Società o ente erogatore:

Anno conseguimento:

Titolo 3:

Durata in ore:

Società o ente erogatore:

Anno conseguimento:

*** E' possibile aggiungere righe se necessario o cancellare le aree non compilate**



DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

LETTERA MOTIVAZIONALE (indicare i motivi di iscrizione al Master)

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel mio curriculum vitae in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16.

Luogo e Data: _____ , ____ / ____ / ____

Firma: