

MODULO DI DOMANDA

Il modulo compilato a macchina o in stampatello dovrà pervenire alla Commissione per gli Scambi Culturali fra l'Italia e gli Stati Uniti - Via Castelfidardo, 8 - 00185 Roma - entro e non oltre il 15 marzo 2010, unitamente alla documentazione richiesta.

1. COGNOME (sottolineato) e NOME _____
Se donna coniugata scrivere prima il cognome da nubile e poi il cognome del marito

2. INDIRIZZO (presso il quale il candidato desidera ricevere le comunicazioni)

VIA/PIAZZA _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____

C.A.P. _____ CELL _____

TELEFONO/D.T.S./FAX _____
(specificare se telefono, fax e/o dts)

E-MAIL _____



3. DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

4. CITTADINANZA _____

5. STATO CIVILE (coniugato/a, celibe/nubile, divorziato/a) _____

6. NUMERO ED ETÀ DEI FIGLI _____

7. SCUOLE O ISTITUTI FREQUENTATI

ELEMENTARI _____
nome della scuola città data del diploma

MEDIE INFERIORI _____
nome della scuola città data del diploma

MEDIE SUPERIORI _____
nome della scuola città data del diploma

UNIVERSITÀ _____
nome dell'università città anno accademico

Facoltà Dipartimento numero di esami sostenuti

8. LAVORO ATTUALE _____

PRECISARE LA SEDE DOVE SVOLGE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA _____

9. ESPERIENZE PRECEDENTI NEL CAMPO DELLA SORDITÀ (anche non retribuite)

10. EVENTUALI BORSE DI STUDIO, INCARICHI PARTICOLARI CONFERITI AL CANDIDATO

11. STUDIO E/O LAVORO CHE IL CANDIDATO DESIDEREREBBE INTRAPRENDERE O PROSEGUIRE DOPO IL RITORNO IN ITALIA

(Indicare presso quale istituzione/associazione/ente, ecc. si intende svolgere l'attività)

12. CONOSCENZA DELLE LINGUE

(specificare il grado di conoscenza: elementare, discreta, buona, ottima)

a. COMPrensione DELLA LINGUA ITALIANA SCRITTA _____

b. LINGUA DEI SEGNI ITALIANA (LIS) _____

A CHE ETÀ HA IMPARATO LA LINGUA DEI SEGNI? _____

c. CONOSCENZA DI ALTRE LINGUE DEI SEGNI (indicare quali) _____

d. COMPrensione DELLA LINGUA INGLESE SCRITTA _____

e. ALTRE LINGUE _____

13. È SORDO/A DALLA NASCITA? _____ SE NO, DA CHE ETÀ? _____

14. GRADO DI SORDITÀ (da certificare con l'audiogramma)

(scrivere se sordastro, sordo lieve, medio, grave o profondo)

15. MEMBRI SORDI DELLA FAMIGLIA (anche se non viventi)

(madre, padre, nonni, sorelle, fratelli o altri)

16. DURATA DEL SOGGIORNO (indicare la preferenza):

5 MESI

9 MESI

Preferisco 5 mesi, ma sono disposto/a a partire anche per 9 mesi

Preferisco 9 mesi, ma sono disposto/a a partire anche per 5 mesi

In previsione dell'esame della domanda da parte di strutture diverse dalla Commissione Esaminatrice, si consente l'informazione sui dati personali (D.L. 196/2003).

Data _____ Firma _____

I documenti che il candidato invierà non saranno restituiti. Se si tratta di documenti originali, non riproducibili, il candidato potrà fare richiesta di restituzione.
