

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 2011, unitamente alla documentazione richiesta.

1. COGNOME e NOME _____

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 _____

Fotografia

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 CON BAMBINI SORDI (anche non retribuite, ad esempio: aiuto doposcuola, assistente A.S.L., educatore. Indicare la sede in cui si è svolta l'attività.)

10. ESPERIENZE DI LAVORO NEL CAMPO DELLA SORDITÀ

(Indicare il datore di lavoro e le mansioni svolte)

11. Eventuali borse di studio ottenute ed incarichi particolari ricoperti

12. 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)

13. 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 _____

14. È SORDO DALLA NASCITA? _____ SE NO, DA CHE ETÀ? _____

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

(scrivere se sordità lieve, media, grave o profonda)

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

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

17. 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

Si consente il trattamento dei 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.