

Questionario da inviare a: segreteria@omceopi.org COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

DATI PERSONALI

COGNOME E NOME:

NATO/A IL A

RESIDENTE A VIA/PIAZZA

TELEFONO E-MAIL:

LINGUE CONOSCIUTE:

POSIZIONE LAVORATIVA

RUOLO (MEDICO/ODONTOIATRA/INFERMIERE, ETC...) ANNO LAUREA/DIPLOMA

SPECIALIZZAZIONI

MASTER

QUALIFICA ATTUALE (IN CASO DI PENSIONATO ULTIMA POSIZIONE LAVORATIVA)

PRESSO DAL AL

ESPERIENZE NEL CAMPO DELLA COOPERAZIONE

	PAESE	PERIODO	FUNZIONE	ORGANIZZAZIONE
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

APPARTENENZA A ONG IMPEGNATE IN COOPERAZIONE SANITARIA

SONO INTERESSATO/A A....

POCO **MOLTO**

A	Avere regolari informazioni su iniziative di cooperazione sanitaria promosse da istituzioni pubbliche o private	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B	Avere informazioni su offerte di reclutamento in programmi di cooperazione sanitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C	Avere informazioni e chiarimenti su questioni normative/amministrative relative alla cooperazione sanitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D	Condividere con altri colleghi esperienze di cooperazione sanitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E	Approfondire temi riguardanti le politiche di cooperazione sanitaria (es: progettazione, gestione, valutazione dei programmi di cooperazione sanitaria)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F	Approfondire temi riguardanti aspetti clinici rilevanti nel contesto dei paesi in via di sviluppo (es: medicina tropicale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>