



## MEDICINA E SHOAH

UN PERCORSO FORMATIVO

### DOMANDA di AMMISSIONE

**Nome e cognome** \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

**Telefono o cellulare** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter frequentare il ciclo di lezioni *Medicina e Shoah – un percorso formativo*.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Breve esposizione della motivazione a partecipare al corso:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Il corso è stato realizzato in collaborazione con:



Fondazione Museo della Shoah - Onlus

via Florida, 24 - 00186 Roma - tel. +39 06 99700929 - fax +39 06 68805387 - [www.museodellashoah.it](http://www.museodellashoah.it)

Contatto di segreteria del corso: [I.picchianti@museodellashoah.it](mailto:I.picchianti@museodellashoah.it) cell: 347.5250819