


Titolare di Europass Mobilità

- | | | |
|-------------------|----------------|--|
| 1 COGNOME(I) * | 2 NOME(I) * | 3 INDIRIZZO |
| Bruni | Michela | Via Nino Costa 5
10123 Torino
ITALIA |
| 4 DATA DI NASCITA | 5 CITTADINANZA | |
| 09 09 1991 | Italiani | |
| gg mm aaaa | | |


Organizzazione che rilascia l'Europass Mobilità

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------|
| 6 NOME DELL'ORGANIZZAZIONE * | 7 NUMERO DEL DOCUMENTO * | 8 DATA DI RILASCIO * |
| SEU – Servizio Europa | IT/00/2005/238/01/GR/45 | 09 09 2015 |
| | | gg mm aaaa |

Partner del paese d'origine

- | | |
|---|--|
| 9 NOME E INDIRIZZO DI ORGANISMO * | 10 TIMBRO E/O FIRMA |
| SEU Servizio Europa
Via Mario Angeloni 61
06124 Perugia
ITALIA |  |
| 11 COGNOME(I) E NOME(I) DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO/TUTOR * | 12 TELEFONO |
| Dr Davide Ficola | +39 075 1235601 |
| 13 TITOLO/FUNZIONE | 14 E-MAIL |
| Tutor | d.ficola@seu.it |

Partner del paese ospitante

- | | |
|---|---|
| 15 NOME, TIPOLOGIA DI ORGANISMO E INDIRIZZO * | 16 TIMBRO E/O FIRMA |
| Cedefop
(European Centre for the Development of Vocational Training)
PO Box 22427
55102 Thessaloniki
GREECE |  |
| 17 COGNOME(I) E NOME(I) DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO/TUTOR * | 18 TELEFONO |
| Jennifer Smith | +(30) 2310 490 097 |
| 19 TITOLO/FUNZIONE | 20 E-MAIL |
| Project manager | jsm@cedefop.eu.int |

* Le voci contraddistinte da un asterisco devono essere compilate obbligatoriamente.

