

Formular de aplicare pentru Programul Universitar de Burse Medicale pentru Romi "Roma Health Scholarship", Anul Universitar 2009-2010  
**A fi completat personal de către applicant! Acest Formular este Gratuit și poate fi multiplicat!**  
**TERMEN LIMITĂ pentru depunere: 30 mai 2009**

NU completați !		
Country Code	<input type="checkbox"/> Recommendation Letter <input type="checkbox"/> GPA certificate	<input type="checkbox"/> Enrollment certificate <input type="checkbox"/> Tuition Fee certificate
<input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> ID / passport copy <input type="checkbox"/> Contractual Obligations	Comments: _____ _____
Cycle	<input type="checkbox"/> Bank Account Note	
Grant History		

- RHSP-V  
 RHSP-U/G

NAME: \_\_\_\_\_

SCHOOL NAME: \_\_\_\_\_



ROMA  
EDUCATION  
FUND

Program Universitar de Burse Medicale  
pentru Romi "Roma Health Scholarship"  
**FORMULAR DE APLICARE**  
**Anul Universitar 2009-2010**



OPEN SOCIETY INSTITUTE

**Vă rugăm să depuneți TOATE documentele solicitate în 4 (patru) exemplare: originalul și 3 (trei) fotocopii!**

Vă rugăm să completați acest document doar **în cazul în care** nu ați primit bursă din partea programului pentru anul universitar 2008 - 2009 ! În caz contrar, vă rugăm să completați formularul de aplicare pentru **Aplicanții de Reinnoire !**

Vă declarați de etnie romă?     Da     Nu

Ați beneficiat de burse RMUSP/REF în anii precedenți? Dacă da, când?

- 2008-2009     2007-2008     2006-2007     2005-2006     2004-2005     2003-2004  
 2002-2003     2001-2002

**Dacă doriți să optați pentru Programul Universitar de Burse "Roma Health Scholarship" pentru anul universitar 2009-2010, vă rugăm să atașați acestui Formular de Aplicare o Scrisoare/Scrisori de Recomandare, foaia matricolă în original\* pentru anul universitar 2007-2008, copia după documentul de identitate sau pașaport, informația în original cu privire la datele Dvs bancare emisă de către Banca Dvs și Obligațiunile Contractuale conform Instrucțiunilor de Aplicare ale Programului.**

\* În eventualitatea în care nu ați fost înscris la Universitate în anul universitar 2007-2008, vă rugăm să atașați foaia matricolă pentru **ultimul an universitar absolvit** (liceu, universitate, master sau nivel doctoral).

**Vă rugăm să citiți cu atenție Instrucțiunile Generale înainte de completarea formularului de aplicare!**

Semnătura applicantului \_\_\_\_\_

DATE PERSONALE

Nume:

Prenume:

Data nașterii:

Zi:

Lună:

An:

Sex:

M

F

Semnătura aplicantului \_\_\_\_\_

Adresă (valabilă pe  
durata verii și a noului  
an universitar):

---

---

---

---

---

Țara de reședință:

Oraș/Municipiu:  
Cod Poștal:

Informații de contact:      Telefon (includeți codul de țară și      E-mail:  
pe cel local):

**INFORMAȚII PRIVIND ȘCOALA MEDICALĂ SAU UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ  
(școala/ universitatea la care studiați sau pentru care intenționați să aplicați)**

Universitate/Școală

Facultate:

Specializare:

În caz că sunteți înmatriculat/ă la Școală Medicală, vă  
rugăm să indicați:

La zi       Fără frecvență

An de studiu în 2009-2010

anul 1;  anul 2;  anul 3;  anul 4;  
 anul 5;

Anul în care estimați că veți absolvi:

La absolvire veți obține diplomă de:

Școală Medicală (Asistent/ă  
Medical/ă/Moașă)  
 Licență în Medicină  
 Universitate de Medicină (Internatura)  
 Studii postuniversitare Medicale  
(Doctorantura)

Semnătura applicantului

---

Vă rugăm să prezentați în tabelul de mai jos suma solicitată pentru un singur an universitar. Vă rugăm să fiți cât se poate de specific:

	Sumă în EURO
Taxă de Școlarizare (dacă este cazul)	
Cărți și rechizite	
Cazare și cheltuieli de trai	
Transport	
Taxă de examinare (dacă este cazul)	
<b>Total</b>	

**Scrisoare de Motivare pentru Programul de Bursă "Roma Health Scholarship":**

*Scrisoarea de Motivare este partea cea mai importantă a dosarului Dvs. Aceasta va fi examinată cu atenție de către membrii Juriului și Subcomisiei de Selecție. Răspunsul Dvs. oferă membrilor Comisiei de Selecție posibilitatea de a înțelege mai bine scopurile Dvs. academice și profesionale și motivele pentru alegerea medicinei în calitate de viitoarea profesie. Răspunsurile trebuie bine analizate și argumentate. Răspunsurile scrise ilizibil vor fi anulate.*

*Vă rugăm să tehnoredactați sau să scrieți de mână pe următoarele două pagini o scrisoare de motivare care nu va depăși 1000 de cuvinte, acordând răspuns la următoarele întrebări:*

1. De ce ați decis să deveniți lucrător medical/doctor? Care sunt scopurile Dvs de scurtă și lungă durată și cum credeți că Programul "Roma Health Scholarship" vă va ajuta în atingerea acestor scopuri? Vă rugăm să împărtășiți experiența Dvs. (în caz că este aplicabil) care demonstrează intenția și motivația Dvs. de a urma domeniul medicinei.
2. Care sunt chestiunile critice cu care se confruntă comunitățile de romi în domeniul sănătății? Cum credeți, că pot fi soluționate aceste chestiuni? Cum intenționați să ajutați comunitățile de romi în obținerea accesului la serviciile de sănătate?

*Vă rugăm să rețineți că scrisoarea de motivare este singura posibilitate pe care o aveți în cadrul competiției pentru a oferi o imagine a Dvs. care ar depăși o simplă listă și ar pune în evidență experiența, educația, realizările și scopurile Dvs. Astfel vă rugăm să analizați cu atenție răspunsurile Dvs. înainte de a începe să le scrieți.*

Semnătura applicantului \_\_\_\_\_

**Scrisoare de Motivare:** (pagina 1)

Semnătura aplicantului \_\_\_\_\_

**Scrisoare de Motivare:** (Pagina 2)

Semnătura aplicantului \_\_\_\_\_

Vă rugăm să acordați orice informație adițională *importantă* și/sau să folosiți pagini suplimentare pentru cele de mai sus.

*! Vă rugăm să notați că termenul limită pentru depunerea (data expedierii poștale) Dosarului de Aplicare către Roma Health Scholarship Program este **30 mai, 2009!** Dosarele de Aplicare cu data expedierii poștale după termenul limită NU vor fi examinate.*

Sunt de acord ca numele meu și alte date personale să fie făcute **publice** în acord cu obiectivele Programului în ceea ce privește rețeaua de contacte și schimbul de informații.

Numărul pașaportului sau al cărții de identitate:

Țara emitentă a pașaportului sau a cărții de identitate:

Numele mamei înainte de căsătorie: .....(prenume) .....(nume)

Semnătura candidatului

Data

.....

.....

**Vă rugăm să trimiteți documentația completă prin scrisoare recomandată către:**

Matei Robert

**Instituția:** Centrul de Resurse pentru

Comunitățile de Romi

**Adresa:** Str. Țebeș, nr. 21, Cluj Napoca 400305, Romania

**Contact:** [rmatei@romacenter.ro](mailto:rmatei@romacenter.ro)

Semnătura applicantului \_\_\_\_\_