



اطلاعات شخصی

نام و نام خانوادگی	
سن	
رشته و مقطع تحصیلی	
دانشگاه محل تحصیل	
شهر محل سکونت	
اطلاعات تماس (ایمیل، تلفن)	

اطلاعات در زمینه فعالیت مورد نظر (بخش اول)

شغل یا زمینه فعالیت شما چیست؟	
هدف شما از ایجاد همکاری با دکتر مریم نوروزیان را بیان کنید.	
آیا در زمینه‌ها یا فعالیت‌های مرتبط با حوزه دمانس و اختلالات شناخت تجربه دارید؟	

	آیا این ملاقات برای یک پروژه خاص مانند بررسی علمی یک موضوع، تحلیل فیلم، مستند، و یا بررسی یک کتاب است؟
	اگر قصد دارید دکتر مریم نوروزیان را برای یک رویداد اجتماعی-فرهنگی دعوت بفرمایید، در این زمینه توضیحات کاملی را ذکر نمایید.
	اگر قصد دارید فیلم یا مستندی بسازید و یا یک فیلم سینمایی را مورد نقد و بررسی قرار دهید، موضوع اصلی آن چیست؟
	اگر قصد دارید با دکتر مریم نوروزیان مصاحبه‌ای انجام دهید و یا گفتگویی را ضبط نمایید، موضوع اصلی آن چیست؟

	اگر قصد دارید کتابی را مورد بررسی و تحلیل قرار دهید، موضوع اصلی آن چیست؟
	اگر پیشنهادی از فعالیت‌های علمی، اجتماعی-فرهنگی (موضوع پیشنهادی درخواست شما) در شبکه‌های اجتماعی قابل مشاهده و در دسترس است، نام صفحه مورد نظر را ذکر نمایید.
* رزومه‌ای از تجربیات شخصی خود در زمینه فعالیت پیشنهادی و توضیحات کاملی از مرکز/سازمانی که درخواست تعامل با دکتر نوروزیان را دارند به همراه این فرم به آدرس ایمیل ذکر شده در سایت دکتر مریم نوروزیان، ارسال نمایید.	

