|  |  |
| --- | --- |
| NOME E COGNOME  |  |
| MATRICOLA  |  |
| EMAIL COMMUNITY/UNIPA  |  |
| ANNO DI ISCRIZIONE |  |
| CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL PROGETTO VISITING PER LA META (NOME UNIVERSITA’)  |  |
| DURATA PRESUNTA DEL PERIODO DI MOBILITA’ (ESPRESSA IN MESI)  |  |
| SELEZIONARE IL PERIODO  | I SEMESTREII SEMESTREANNUALE  |
| TOTALE CFU CONSEGUITI PRESSO IL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA UNIPA  |  |

**Si allega l’autocertificazione degli esami sostenuti.**

DATA FIRMA