|  |  |
| --- | --- |
| 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 SEMESTRE  II SEMESTRE  ANNUALE |
| TOTALE CFU CONSEGUITI PRESSO IL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA UNIPA |  |

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

DATA FIRMA