**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO VISITING STUDENT A.A. 2025/2026**

|  |  |
| --- | --- |
| 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

N.B. il presente modulo dovrà essere inviato, insieme all’autocertificazione degli esami sostenuti a cdl.medicinaechirurgia@unipa.it