

DOMANDA DI AMMISSIONE
PROGRAMMA Erasmus +, a.a. 2018/2019

Responsabile ERASMUS +: **Prof. Paolo Proietti**
Coordinatore ERASMUS +: **Dott. Roberto Razeto**
Coordinatore ECTS: **Prof. Paolo Proietti**

tel : **02.891412233 - 02.81808555** Fax: **02.81808527** mail erasmus@ssmlcarlobo.it

DATI RELATIVI ALLO STUDENTE :

Sede di Provenienza: _____ Matricola: _____ Fototessera:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Indirizzo _____

Indirizzo email: _____

Codice Fiscale: _____

Telefono fisso e cell.: __

Indirizzo di Studi: Nuovo Ordinamento

Lingua: Francese Spagnolo Tedesco

Destinazione scelta: _____ *

* EFFETTUARE UNA SOLA SCELTA

Motivare in poche righe la richiesta di partecipazione al Programma Erasmus +

Si autorizza la raccolta e il trattamento dei dati personali. Firma _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA DI SEDE:

La domanda è stata consegnata in Segreteria in data: _____

Si allegano: _____

Note da segnalare sul candidato: _____