

BLENDED INTENSIVE PROGRAM (BIP)

“Physical and Health Education in Europe today and the future prospects”

Domanda di partecipazione

Al

Direttore

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Corso di Laurea:

Anno di iscrizione:

Matricola:

Indirizzo e-mail (scrivere l'indirizzo universitario):

Numero di telefono:

Numero di Carta d'identità:

Livello di conoscenza della lingua inglese (Livello B1 rappresenta un criterio preferenziale):

A1

A2

B1

B2

C1

C2

Il livello di conoscenza è dimostrato attraverso:

a) certificato Language Placement Test (LPT)

b) esame previsto dal Corso di Studio

c) altro certificato ufficiale

___ La/il candidata/o non presenta una certificazione linguistica (indicare questa opzione se non si ha nessuna certificazione linguistica).

Lettera motivazionale (massimo 500 parole)