IEMO

ISTITUTO EUROPEO PER LA MEDICINA OSTEOPATICA

Domanda di mobilità studenti / *Fiche de mobilité étudiants*

Spett.le Direzione
Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica
via Regina Teodolinda, 17 - 22100 COMO
Fax n. 0039.031.275027
e, suo tramite, all'Istituto prescelto qui indicato

FOTO

Anno accademico ..... / .....

Il/la sottoscritto/a .....

regolarmente iscritto/a al ..... anno di studi presso

l'**Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica**, sede di .....

Domiciliato/a in ..... Via .....

Cell. ..... Email .....

Carta d'identità n° ..... Cod. Fisc. .....

RICHIEDE DI POTER EFFETTUARE UN TEMPORANEO SOGGIORNO DI FREQUENZA DIDATTICA ALL'ESTERO

Presso l'Istituto .....

Sito in ..... Via .....

Nei giorni a partire dal ..... al ..... Per un totale di giorni .....

Ai fini dell'accoglimento della presente domanda (*Barrare le caselle*; * = *indicazione obbligatoria*):

- ☐ Dichiara sotto la propria personale responsabilità di essere in regola con le prescrizioni del *REGOLAMENTO PER LA MOBILITA' STUDENTESCA IN EUROPA* dell'Istituto di provenienza *
- ☐ Allega copia della personale *Carta Regionale dei Servizi* *
- ☐ Dichiara di non richiedere alcuna sovvenzione finanziaria per tale soggiorno di studi *
- ☐ Acconsente che i propri dati personali vengano trasmessi a scopi esclusivamente amministrativi all'Istituto di accoglienza *
- ☐ Dichiara di adeguarsi pienamente al Programma di frequenza così come verrà eventualmente formulato dall'Istituto di accoglienza, nonché di rispettare i Regolamenti propri dello stesso Istituto, come da quest'ultimo resi noti *
- ☐ Dichiara di accettare incondizionatamente l'eventuale non accoglimento della presente domanda da parte di uno dei due Istituti in causa *

☐ Si rende disponibile a fornire all'Istituto di provenienza la sintesi formale delle acquisizioni e delle esperienze in esito all'eventuale realizzazione del soggiorno di studi *
☐ Dichiara di possedere una buona conoscenza della lingua straniera ..... *
☐ Richiede ospitalità presso studenti dell'Istituto di accoglienza o, in alternativa, indicazione per alloggi convenzionati all'estero
☐ Richiede assistenza alla Segreteria dell'Istituto di provenienza per la pianificazione del viaggio e dell'alloggio all'estero

Esprime qui di seguito la sintesi delle motivazioni fondamentali per lo svolgimento dell'esperienza di soggiorno di studi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firmato .....

SPAZIO RISERVATO ALLE SEGRETERIE

Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica

Firma e Timbro del Direttore dei Corsi

☐ Conferma delle indicazioni fornite dallo studente
☐ Approvazione della domanda come formulata
☐ Non approvazione della domanda

.....

.....

☐ Approvazione della Domanda come formulata
☐ Non approvazione della domanda

Firma e Timbro del Direttore dei Corsi

.....

Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica S.r.l.
Via Regina Teodolinda, 17
22100 Como

Tel / fax +39 (0)31.275027
P.IVA 03009140132
e-mail: info@univerosteo.it
www.iemo.info
www.univerosteo.it

Autorizzazione Ministero Istruzione,ne, Università e Ricerca rca

TÜV AUSTRIA ISO 9001-2015