|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *UNIVERSITA’ CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA* | Funded by the Erasmus Plus Programme of the European Union |

**DOMANDA DI CANDIDATURA PER L’ASSEGNAZIONE DI UNA BORSA DI STUDIO ERASMUS + TRAINEESHIP A.A.2018/2019**

***Copia cartacea da consegnare, firmata e completa degli allegati richiesti, all’Ufficio Relazioni Internazionali dell’UCBM.***

**Il/la sottoscritto/a al fine di partecipare alla selezione per l’assegnazione di una borsa di studio Erasmus, presa visione del bando di concorso, dichiara quanto segue:**

**DATI ANAGRAFICI DEL CANDIDATO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Matricola** |  |
| **Studente disabile (Si/No)** |  |
| **Sesso** |  |
| **Cittadinanza** |  |
| **Luogo di nascita** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Cellulare** |  |
| **Email** |  |
| **Residenza (Via, cap, città, provincia)** |  |
| **Domicilio (se diverso dalla residenza)** |  |
| **Familiare da contattare in caso di emergenze (nome, cellulare)** |  |
| **Facoltà Dipartimentale di** | **□ Medicina e Chirurgia**  **□ Ingegneria** |
| **Corso di Laurea** |  |
| **Anno di corso**  **Se ultimo indicare in quale sessione intende laurearsi** |  |
| **Media aritmetica dei voti esami sostenuti alla data di presentazione della domanda** |  |
| **CFU conseguiti alla data di presentazione della domanda** |  |
| **Voto di laurea** |  |

**Motivazione personali per il soggiorno all’estero:**

|  |
| --- |
|  |

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

* fotocopia del libretto universitario;
* fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
* copia di eventuali certificazioni linguistiche (solo se il candidato ne è in possesso);
* *Letter of Acceptance* debitamente compilata dall’ente ospitante.

Dichiara di avere già usufruito di una borsa di studio Erasmus per fini di studio o per traineeship (se SI specificare la tipologia, l’anno accademico di fruizione, il numero di mesi e l’istituto ospitante):

**Autorizza l’Università Campus Bio-Medico di Roma ad utilizzare i dati forniti per le attività previste dal Programma Erasmus Plus (D.Lgs.196/2003);**

**Consapevole delle conseguenze di natura civile e penale derivanti da false dichiarazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra corrisponde a verità.**

Roma, Firma