

**ALLEGATO A**

**Selezione BIP - Blended Intensive Programme** “Pediatric disaster medicine Foundations and Future Directions” - Paracelsus Medical University di Salisburgo

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matricola n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a per l’anno accademico 2025/2026 al corso di laurea in Medicina e Chirurgia,

CHIEDE

- di partecipare al programma misto intensivo (BIP) “Paracelsus Medical University di Salisburgo**;**

- di autorizzare l’Università Kore di Enna al trattamento dei propri dati personali.

DICHIARA

- di essere in possesso dell'idoneità linguistica di lingua inglese.

**Si allega alla presente:**

**- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;**

**- stampa dell’autocertificazione degli esami sostenuti;**

**- eventuali certificazioni linguistiche;**

**- eventuale lettera di raccomandazione;**

**- eventuale lettera motivazionale.**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_