



**Domanda di Ammissione
ai Corsi accademici della
University of Malta Link Campus
convenzionati con
I' Istituto di Alta Formazione I.A.F.
Anno Accademico 2006-2007**

L-Università di Malta I.A.F. Istituto Alta Formazione

Il presente modulo deve essere consegnato a mano o spedito via posta al tutor di riferimento che provvederà a trasmetterlo, dopo avere istruito la pratica, a:

**University of Malta, Link Campus
Ufficio Ammissioni
Via Nomentana, 335
00162 ROMA (ITALY)**

ALL'UFFICIO AMMISSIONI

Il sottoscritto chiede di poter iscriversi alla University of Malta:

Dati Anagrafici:

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M

F

Cod Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Data di Nascita: _____

Provincia: _____ Stato: _____

Dati di residenza anagrafica:

Via: _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Stato: _____ Cell : _____

Tel: _____ Fax : _____ Email : _____

Recapito di Roma per residenti fuori sede (se applicabile):

Via: _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Stato: _____ Cell : _____

Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Titolo di Studio:

Tipo Diploma: _____ Voto Ottenuto: _____
 Istituto: _____ Conseguito nell'anno: _____
 Via: _____ CAP: _____
 Città: _____ Prov: _____ Stato: _____

Facoltà prescelta (barrare obbligatoriamente un solo Corso):**Bachelor of Arts (3 year programmes – programmi triennali)**

BA in Public Administration - Laurea in *Scienze dell'Amministrazione (Classe 19)*

Trasferimenti:

I candidati iscritti presso altre Università, che intendono trasferirsi alla Link Campus University of Malta, devono indicare qui di seguito gli esami sostenuti e l'ateneo frequentato.

Università degli Studi di:

Materie:	Da:	A:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____ *Con osservanza* _____
Data *Firma del Candidato*

Autorizzazione del trattamento dei Dati Personali

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675, si informa che i dati personali forniti dai candidati saranno trattati per le finalità di gestione della procedura di immatricolazione.

_____ *Con osservanza* _____
Data *Firma del Candidato*