

**Centro Linguistico dell'Università di Trieste**

**MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA  
"TANDEM LEARNING" PER STUDENTI**

**INVIARE A: [CLA@UNITS.IT](mailto:CLA@UNITS.IT) / FAX 0039 040 771380**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Facoltà dell'Università degli Studi di Trieste presso cui sei iscritto/a:

\_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

Lingua richiesta \_\_\_\_\_

Livello di conoscenza stimato       Principiante Assoluto/  
   Principiante  
   Intermedio  
   Avanzato

Data \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_