Application for Admission to BSc (Hons) Osteopathy ASOMI, Turin, Italy

**Modulo di Ammissione al BSc (Hons) in Osteopatia - ASOMI - Torino, Italia**

Start date (year)/ Data Inizio (anno):

 PERSONAL DETAILS (Please complete using BLOCK CAPITALS)

 DATI PERSONALI (Compilare a lettere MAIUSCOLE)

Surname/Family Name - Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Previous Surname (if applicable) - Cognome precedente (se applicabile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Other Names (in full) - Altri nomi (per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Title - Titolo \_\_\_\_\_\_\_\_

Home address - Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode - Codice postale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Tel - Telefono abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Work address - Indirizzo ufficio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode - Codice postale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Work Tel - Telefono ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile No - Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email (work) - e-mail (lavoro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email (home) - e-mail (personale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If possible, please provide an e-mail address that you are able to check regularly as we will use this for any correspondence.

Se possibile, indica un indirizzo e-mail che controlli regolarmente, perché lo utilizzeremo per tutte le comunicazioni.

Nationality - Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Country of Birth - Nazione di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth - Data di nascita (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Male/Female - Maschio/Femmina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Please either attach a certified copy of your passport or National ID card or if necessary a visa stating you have indefinite leave to remain/permanent residency. Or take your document to ASOMI Administration to verify. Without this evidence you cannot be enrolled with Swansea University.

E’ necessario allegare una copia certificata del passaporto o della carta di identità (o se necessario del visto). Oppure porta il documento presso gli uffici ASOMI perchè venga verificato. Senza questo documento non sarà possibile iscriversi al corso.

**Disability:** The University encourages you to disclose your disability, medical condition, wellbeing difficulty or specific learning difficulty to ensure that we can advise you on the range of services and adjustments we can provide. Please tick the following box(es) as appropriate:

**Disabilità:** L’Università ti incoraggia a metterci al corrente di eventuali disabilità, condizione mediche, difficoltà legate al benessere o difficoltà specifiche nell’apprendimento, per poterci assicurare di consigliarti al meglio sui servizi che possiamo offrire. Seleziona le seguenti voci (come appropriato):

A - No known disability - Nessuna disabilità nota

B- Autism/Asperger’s - Autismo/Sindrome di Asperger

C- Blind/visually impaired - Cieco/ipovedente

D- Hearing impaired/Deaf - Ipoudente/sordo

E- Unseen disability (diabetes, epilepsy, heart condition, cancer, etc.) - Disabilità non visibili (diabete,

epilessia, condizioni cardiache, cancro etc)

F- Wellbeing difficulties (including anxiety, depression and phobias) - Difficoltà legate al benessere

(incluse ansia, depressione e fobie)

G- Dyslexia - Dislessia

H- Wheelchair user/mobility difficulties - Sedia a rotelle/difficoltà nel movimento

I- Other disability - Altra disabilità

J- Multiple disabilities/complex - Disabilità multiple/complesse

**Previous qualifications - Qualifiche precedenti**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date | Name of Qualification | Awarding Institution | Level | Subject | CATS points |
| Data | Nome della Qualificazione | Istituto da cuiè stata rilasciata | Livello | Materia | punti CATS |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**English Proficiency Test** (please append your certificate or evidence of IELTS score):

Test di padronanza della lingua inglese (si prega di allegare il certificato o la prova del punteggio IELTS)

**Personal Statement**

(Please outline your reasons for applying to this programme ( 250 words)

Dichiarazione personale

(Illustrare i motivi per cui si applica a questo programma (250 parole)

**Professional Body Registration - Registrazione Ente Professionale**

Name of Body - Nome dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Registration Number - Numero di Registrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Registration Expiry Date - Scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Funding/Sponsorship - Finanziamento/Sponsorship**

Please tick one of the following - Seleziona una delle seguenti opzioni

* Self-funding - Autofinanziamento (The University’s Finance Office will send you an invoice shortly after enrolment - Riceverai la fattura dopo l’iscrizione)
* Other/Sponsorship - Altro/Sponsorship

 Details - Dettagli: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Please attach a letter from your sponsor confirming their commitment to fund you.

 Allega una lettera del tuo sponsor, per confermare il suo impegno a finanziarti.

DECLARATION:

I confirm that to the best of my knowledge the information on this form is correct. I agree to pay all fees associated with this study in the event of non-payment by the stipulated sponsor. I agree to abide by the Rules and Regulations of the University.

I acknowledge that any work submitted electronically during the period of my enrolment at Swansea University may also be submitted via electronic plagiarism detection software. I understand the University is required to supply personal data to certain regulatory and statutory bodies concerned with the Higher Education sector and also supplies personal data to transact its normal business activities and to enable students to make use of services and facilities.

University forms are covered by the provisions of the Data Protection Act 1998 and further details are published on the University’s web pages).

DICHIARAZIONE:

Confermo che le informazioni in questo modulo sono corrette, per quanto di mia conoscenza.

Acconsento al pagamento delle quote relative a questo programma (anche in caso di mancato pagamento da parte dell’eventuale sponsor).

Acconsento ad attendermi alle Regole e i Regolamenti dell’Università.

Riconosco che ogni lavoro da me inviato per via elettronica, durante il periodo di iscrizione all’Università di Swansea potrebbe essere verificato tramite software anti plagio.

Comprendo che l’Università è tenuta a formire informazioni personali a determinati enti regolatori,

relativi al settore dell’educazione superiore e fornisce inoltre i dati personali per condurre le proprie

attività e per consentire agli studenti l’utilizzo di servizi e strutture.

I moduli dell’Università sono coperti dal Data Protection Act 1998 e maggiori dettagli sono pubblicati sul sito dell’Università.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date

Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Applicant

Firma del richiedente

**PLEASE RETURN COMPLETED FORM TO:**

**CONSEGNARE IL MODULO COMPILATO A:**

Segreteria ASOMI

Via Filadelfia 82/C - Torino

segreteria@asomi-osteopatia.com