



FIT FOR MISSION

To be filled in by the applicant / à remplir par le candidat / vom Bewerber auszufüllen / da compilare dal candidato

1. Surname / Nom de famille / Familienname / Cognome: <input style="width: 90%;" type="text"/>	2. First name / Prénom / Vorname / Nome: <input style="width: 90%;" type="text"/>
3. Sex / Sexe / Geschlecht / Sesso: <input type="radio"/> Male / masculin / männlich / maschile <input type="radio"/> Female / féminin / weiblich / femminile	4. Date of birth / Date de naissance / Geburtsdatum / Data di nascita: (dd/mm/yyyy) Day <input style="width: 40px;" type="text"/> / Month <input style="width: 40px;" type="text"/> / Year <input style="width: 40px;" type="text"/>
5. Mailing Address / Adresse / Indirizzo postale:	
Address <input style="width: 90%;" type="text"/>	Zip Code <input style="width: 150px;" type="text"/>
City <input style="width: 150px;" type="text"/>	Country <input style="width: 150px;" type="text"/>
	E-mail <input style="width: 150px;" type="text"/>

To be filled in by a medical doctor (own family doctor) / à remplir par un médecin de votre choix/ durch einen Arzt Ihrer Wahl auszufüllen / da compilare da un medico secondo scelta Sua

- Is the person examined at present in good health and thoroughly able, physically and psychically, to carry out studies abroad?
- La personne examinée est-elle actuellement en bonne santé et parfaitement en mesure, du point de vue physique et psychique, d'effectuer des études dans un pays étranger?
- Ist die untersuchte Person gegenwärtig bei guter Gesundheit und vollauf in der Lage, körperlich und psychisch, ein Studium im Ausland zu absolvieren?
- La persona visitata è in buona salute e perfettamente in grado, dal punto di vista fisico e mentale, di svolgere degli studi all'estero?

Yes / Oui / Ja / Si
 The person is fit for research/
studies abroad

No / Non / Nein / No
 The person is not fit for
research/ studies abroad

Place / lieu / Ort / luogo: _____

Name and address of the physician: _____

Date / date / Datum / data: _____

Nom et adresse du médecin: _____

Name und Adresse des Arztes: _____

Nome e indirizzo del medico: _____

Signature of the physician:
Signature du médecin:
Unterschrift des Arztes:
Firma del medico: _____

Seal of the physician:
Tampon du médecin:
Stempel des Arztes:
Timbro del medico: _____