



**IL SOTTOCRITTO**

---

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

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Iscritto al Corso di laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia –

Anno accademico \_\_\_\_\_ Anno di corso \_\_\_\_\_ Matricola. n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

---

*La possibilità di effettuare un Internato Elettivo per un valore di almeno 1 CFU, per un totale di non meno di 25 ore, come previsto dal Reg. Did. Nodbis del CdLM, presso:*

U.O.C. \_\_\_\_\_

Reparto Clinico/ Laboratorio di \_\_\_\_\_

Con il/la Professore/ssa \_\_\_\_\_