

Modulo per internato elettivo

**AL PRESIDENTE DEL CORSO DI LAUREA A CICLO UNICO IN MEDICINA E
CHIRURGIA "E"**

e.p.c.

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI _____

Il/La sottoscritto/a Prof./Prof.ssa _____

affidente al Dipartimento _____

Dichiara che lo studente _____

Matricola _____ ha svolto l'internato elettivo presso il _____

Data,

firma del Tutor

Si rammenta che le 25 ore previste per l'internato non sono sovrapponibili ad altra attività didattica e non devono essere d'impedimento alla frequenza delle lezioni