

## 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