

**Modulo per richiesta "Percorso professionalizzante specialistico"**

**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 \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail

istituzionale \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del corso di

laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia "E" con media \_\_\_\_\_

chiede di svolgere un percorso professionalizzante specialistico con il/la Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_

presso il \_\_\_\_\_

del Dipartimento \_\_\_\_\_

Con osservanza

Data,

Si allega certificato esami di profitto sostenuti

\_\_\_\_\_  
firma dello studente

\_\_\_\_\_  
firma del docente /tutor

Si rammenta che le 50 ore previste per il percorso non sono sovrapponibili ad altra attività didattica e non devono essere d'impedimento alla frequenza delle lezioni.