



MODULO INTERNATO ELETTIVO CLMMC 'A'

Al Prof. _____

Corso Integrato: _____

Il/La sottoscritto/a _____

matr. _____ e mail _____

recapito telefonico _____ regolarmente iscritto/a al ____ anno

del corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia 'A'

CHIEDE

di seguire l'internato elettivo presso il reparto di _____

Dipartimento di _____

Con osservanza,

(firma dello studente)

Data _____

ALLEGARE CERTIFICATO ESAMI SCARICABILE DA INFOSTUD