



**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**