



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**

Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute
Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia

RICHIESTA RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI INTERNATO DI LAUREA

Si certifica che lo/la studente/essa (*cognome e nome*)

matricola _____ della coorte _____ iscritto per l'anno
accademico _____ al _____ anno del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo
Unico in Medicina e Chirurgia ha svolto le attività previste dall'Internato per la
preparazione della Tesi Sperimentale, per un totale di CFU pari a _____
(*indicare il numero di CFU*)

di cui _____ CFU svolti nell'ambito di programmi di Mobilità Internazionale
(*questa ultima parte da compilare solo per Studenti che abbiano svolto tutti o
parte dei CFU di Internato di Laurea in Mobilità Internazionale*).

Data e luogo _____

Nome e cognome del relatore _____

Firma del relatore _____

