



DOMANDA DI INIZIO INTERNATO DI LAUREA (1)

Numero matricola dello studente _____

Il/La... sottoscritt... _____

Nat... a _____ il ___ / ___ / ___, residente a _____

In via _____, CAP _____, tel _____

E mail universitaria _____ cell _____

(eventuale recapito a Trieste: c/o _____, via _____, tel _____)

iscritt... al...anno di corso/fuori corso del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in
Medicina e Chirurgia

chiede di poter svolgere l'internato per la preparazione della tesi sperimentale

avendo come Relatore il prof. (2) _____ eventuale Correlatore _____

presso il Dipartimento/Istituto di (3) _____

oppure (se l'internato viene svolto in un laboratorio diverso da quello del Relatore)

avendo come Relatore il prof. (2) _____ e come Correlatore (4) _____

presso (5) _____

indirizzo _____

Data di inizio dell'attività di internato (6): ___/___/___

Lo studente dichiara di svolgere l'Internato (o parte di esso) nell'ambito di
programmi di Mobilità Internazionale* SI NO

(* Borse Erasmus o di Mobilità Internazionale)



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

- (1) Da presentare alla Segreteria Didattica del Dipartimento di Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute
- (2) Come indicato nel Regolamento didattico;
- (3) Indicare il Dipartimento o Istituto dove verrà svolta l'attività sperimentale;
- (4) Indicare obbligatoriamente il nominativo della persona che svolgerà funzione di supervisione dell'attività sperimentale;
- (5) Indicare l'Istituto/Dipartimento/Laboratorio e la sua sede, presso il quale verrà svolta l'attività.
- (6) Indicare la data di inizio effettivo dell'internato. Si raccomanda la lettura delle norme reperibili nel sito del Corso di Studio.

Data e luogo:

Firma dello studente:

Firma del relatore:

Firma del correlatore:

