



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**



Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

DOMANDA DI RICHIESTA DI TIROCINIO ERASMUS+ TRAINEESHIP

NB: Da presentare alla Segreteria Didattica del Dipartimento di Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute prima di aver presentato la domanda di partecipazione su esse3.

Il/La sottoscritt(*) _____ nat(*) a _____
il ____ / ____ / ____ /, residente a _____
in via _____, CAP _____,
tel/cell _____ (eventuale recapito a Trieste: c/o _____,
via _____, tel _____)
iscritt(*) al _____ anno di corso / fuori corso, con numero di matricola _____.

chiede di poter prendere parte al progetto Erasmus+ Traineeship partecipando al bando di Ateneo con scadenza di presentazione il _____⁽¹⁾

1. presso l'Ospedale/il Dipartimento/l'Istituto di _____
2. presso il Reparto _____
3. avendo come tutor di riferimento il/la dott/prof. _____⁽²⁾
4. Stato: _____
5. Città: _____
6. con inizio dell'attività il: ____ / ____ / ____
7. e fine dell'attività il: ____ / ____ / ____
8. per CFU (numero) _____



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**



Nell'eventualità in cui il tirocinio Erasmus Traineeship sia sostenuto nell'ambito del progetto di tesi, lo studente dichiara di:

1. Aver regolarmente presentato la richiesta di Internati di Laurea: SI NO
2. Partecipare ad un progetto di tesi nel reparto di: _____

***NB:** I CFU verranno riconosciuti come curricolari qualora vi sia congruenza tra progetto proposto da parte dello studente e gli obiettivi formativi dell'anno
I CFU verranno riconosciuti come parte dell'internato di laurea qualora vi sia congruenza tra il reparto in cui lo studente sostiene il progetto di tesi e il reparto di destinazione Erasmus traineeship.

- (1) Consultare il bando di Ateneo Erasmus+ Traineeship e indicare in questo campo la data ultima in cui è possibile presentare la domanda di partecipazione su esse3.
- (2) Indicare obbligatoriamente il nominativo del tutor di riferimento che svolgerà funzione di supervisione dell'attività di tirocinio e firmerà il Learning Agreement.

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCI A DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ART. 75 e 76 DPR 445/2000.

CONSAPEVOLE DI QUANTO PREVISTO DALL' ART. 13 DEL D.LGS 196/03 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.

Data di presentazione: ____ / ____ / ____

Firma dello studente:

_____ **SEGUE COMPILAZIONE DELLA COMMISSIONE TIROCINI** _____

Approvazione della richiesta dalla Commissione Tirocini	SI	NO
---	----	----

La Commissione Tirocini approva la seguente richiesta, così ripartendo i CFU indicati:

Attività di tirocinio	CFU previsti da piano di studi	CFU approvati
-----------------------	--------------------------------	---------------



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**



TOTALE CFU RICONSCIUTI: _____ DI _____

Firma del Coordinatore del Corso di Laurea