



UNIVERSITÀ
di VERONA

Modulo frequenza internati elettivi per TESI

ATTENZIONE: il modulo va inviato almeno 10 giorni prima dell'inizio!

Lo/la studente/studentessa _____ matricola
n. _____ iscritto/a al _____ anno del *Corso di Laurea Magistrale a ciclo
unico in Medicina e Chirurgia* presso questa Università, DICHIARA di aver:

- ☐ sostenuto il corso di igiene delle mani
- ☐ ottenuto il Giudizio di Idoneità Lavorativa a seguito della visita con il Medico Competente dell'Università degli Studi di Verona
- ☐ corso di Sicurezza sul Lavoro

CHIEDE

un internato elettivo per la tesi di laurea che avrà come oggetto: _____

presso _____ sita/o in

Unità Operativa/Dipartimento

via e numero civico

sotto la supervisione del Prof./Dott. _____ nel

periodo dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____

Verona, _____

firma leggibile dello studente

Il docente referente/Direttore _____

(visto, si approva)

Il Presidente del Collegio Didattico

Prof.ssa Romanelli Maria Grazia

(visto, si approva)