



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

Modulo ASSICURAZIONE per frequenza internati elettivi
Attenzione: il modulo va inviato almeno 10 giorni prima dell'inizio dell'internato!

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

di frequentare un internato elettivo 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)