



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

Corso di Laurea a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

mail _____ numero cellulare _____

iscritto/a per l'a.a. 201 __/201__ al ____ anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia,

chiede

di svolgere:

- Internato **di ricerca (ADE)**
dal I anno di corso

- Attività formative professionalizzanti **obbligatorio a libera scelta dello studente (AFP)**
a partire dal IV anno

- Internato **elettivo** a partire dal IV anno

- Internato **di laurea** (12 CFU)

Presso

STRUTTURA CONVENZIONATA: _____

nel periodo dal ____ | ____ | 201__ | al ____ | ____ | 201__ |

Per un numero di CFU pari a: _____ (20 ore +5) [da non compilare nel caso di internato di laurea]

Brescia, li _____

Firma dello studente _____

Docente/Tutor di Riferimento

Timbro e Firma

(Indicare in stampatello il nome del tutor)

Il Responsabile dell'Unità Operativa

Timbro e Firma

(Indicare in stampatello il nome del Direttore)

- Il Dirigente ai sensi del Dlgs 81/08 si impegna, con la collaborazione dei preposti eventualmente da lui nominati, ad integrare la formazione già erogata agli studenti con specifiche attività informative, formative e di addestramento sulla sicurezza e tutela della salute (emergenza urgenza, disponibilità ed uso di dispositivi di protezione individuale, procedure preventive e protettive di tipo organizzativo) come previsto dalla vigente legislazione.