



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

ADA (TIROCINIO ELETTIVO FACOLTATIVO)

**Alla Centro servizi Studenti
della Facoltà di Medicina e Chirurgia**

Data

Il/la sottoscritto/a studente

nato/a a il

residente a prov in via

n ° e-mail

iscritto al anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia con n. di matricola

CHIEDE

di poter svolgere n. 25 ore (1 CFU), n. 50 ore (2 CFU),
n. 75 ore (3 CFU), n. 100 ore (4 CFU)

di attività formativa (valida come crediti “ALTRI”) presso la seguente struttura nel corrente anno accademico:

Il Responsabile della struttura Dott./Prof.

attesta che lo studente suddetto ha svolto il periodo di tirocinio autorizzato di n. ore nel periodo

dal al

Svolgendo le seguenti attività e raggiungendo i seguenti obiettivi:

Data

Firma del Responsabile della struttura

N.B.: Il presente modulo deve essere consegnato a cura dello studente alla Segreteria Studenti al termine del periodo richiesto. Verranno accettati solo i moduli completi in tutte le parti e regolarmente datati, firmati dai responsabili delle strutture. La stessa attività deve essere registrata anche nel libretto diario dello studente.