



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.