



Università degli Studi del Molise Facoltà di Medicina e Chirurgia

RICHIESTA DI INTERNATO PRESSO STRUTTURE ACCREDITATE NON CONVENZIONATE
da compilare in ogni sua parte con PC o in stampatello e presentare in Ufficio di Presidenza

Il/La sottoscritto/a _____, n° di matricola _____, iscritto/a al
_____ anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise

CHIEDE

di poter svolgere un internato presso il reparto/laboratorio di _____
_____ nei periodi liberi dall'attività didattica del core
curriculum dal _____ al _____ sotto la responsabilità del Tutore
Prof./Dr. * _____.
Obiettivi dell'internato _____
_____.

Il docente/ricercatore _____ che attesta la validità formativa di
tale internato.

Barrare se si richiede l'estensione della copertura assicurativa in quanto il
reparto/laboratorio non è convenzionato con l'Università degli Studi del Molise

L'estensione della copertura assicurativa deve essere inviata a:

Direzione Sanitaria di _____

Dr. _____ fax _____ tel _____

In fede,

(firma dello studente richiedente)

(firma e timbro del docente/ricercatore che attesta la validità formativa)

(firma e timbro del tutore che accetta di seguire lo studente nella attività formativa)

Campobasso, _____

*Indicare il docente titolare di insegnamento del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia