



Università degli Studi
di Messina

Modulo A

(Cognome)	(Nome)	SPAZIO PER INSERIRE UNA FOTO RECENTE		
Luogo e data di nascita				
Residenza: Via	n.			
CAP	Comune			Prov.
CAP	Comune			Prov.
Telefono fisso	cell.			
Documento di riconoscimento : tipo numero				
Facoltà di Medicina frequentata: Università di				
Anno Immatricolazione				
Mese ed anno di Laurea				
TESI				
Titolo				
Cattedra e reparto di svolgimento				
Tirocini frequentati durante i corsi elettivi				
Disciplina	Sede svolgimento	Responsabile	Durata	
A.				
B.				
C.				

Data

E-mail

Firma

NON SCRIVERE IN QUESTA SEZIONE

ASSEGNAZIONE DELLE ROTAZIONI CLINICHE				VOTO/30
<i>ROTAZIONE</i>	<i>REPARTO</i>	<i>SEDE</i>	<i>RESPONSABILE</i>	
MEDICINA				
CHIRURGIA				
MEDICINA GENERALE				
Totale/90				

Firma del Presidente della Commissione Esami di Stato
(attuazione tirocinio)

Inviare obbligatoriamente tramite e-mail a: protocollo@unime.it entro il 5-10-2021