

CERTIFICAZIONE DI FREQUENZA DI INTERNATO ACCREDITATO

Solo per studenti ai quali è stata assegnata l'attività da Segreterie Online

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte con PC o in stampatello e deve essere consegnato al Docente Responsabile dell'Attività e inviato via e-mail all'indirizzo ccd.sms@unimib.it

Il/La sottoscritto/a _____ n° di matricola _____

iscritto/a al _____ anno del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicine and Surgery

Dichiara

di **AVER SVOLTO** l'internato assegnatogli presso il Reparto/Laboratorio di _____

dell'Ente/Struttura _____

nei periodi liberi dall'attività didattica del core curriculum

dal _____ al _____ per un tot. di ___ ore, sotto la responsabilità del

Prof./Dr. _____
(*Cognome e nome del tutore che attesta la frequenza all'attività formativa*)

In fede,

(*firma dello studente*)

(*timbro e firma del Tutore che attesta la frequenza dell'attività formativa*)

(*timbro e firma del Docente Responsabile dell'Attività*)

Monza, _____