



Università degli Studi di Milano-Bicocca
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
(SCHOOL OF MEDICINE AND SURGERY)

INDICAZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INTERNATO DI LAUREA

Il modulo compilato deve necessariamente essere inviato in formato pdf nominato con cognome, nome e matricola, all'indirizzo e-mail **internati.medicina@unimib.it** utilizzando esclusivamente il proprio account istituzionale (nome.cognome@campus.unimib.it), indicando nell'oggetto:

- Cognome e nome
- Matricola
- Domanda di internato di laurea

Es. Rossi Paolo – 012345 – Domanda di internato di laurea

Non verranno prese in considerazione tutte le richieste inviate ad altri indirizzi e-mail o che non soddisfino i requisiti sopra citati.

Si ricorda che per eventuali informazioni o chiarimenti in materia assicurativa, compreso il rilascio di certificazione e documentazione che attesti l'operatività delle garanzie assicurative, è possibile rivolgersi all'ufficio per le problematiche assicurative assicurazioni@unimib.it

N.B: Il modulo deve essere inviato almeno 15 giorni prima dell'inizio dell'attività.



Università degli Studi di Milano-Bicocca
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
(SCHOOL OF MEDICINE AND SURGERY)

Corso di Laurea Magistrale in MEDICINE AND SURGERY
DOMANDA DI INTERNATO DI LAUREA*

A.A. _____ - _____

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte con PC o in stampatello e deve essere inviato via e-mail all'indirizzo internati.medicina@unimib.it

STUDENTE: cognome _____ nome _____ matr. _____ anno corso _____
(STUDENT: surname) (name) (matr.) (course year)

RELATORE: nome e cognome _____ qualifica** _____
(SUPERVISOR: name and surname) (academic rank)

CORRELATORE: nome e cognome _____
(CO-SUPERVISOR: name and surname)

SEDE DI SVOLGIMENTO DELLA TESI E DELL'INTERNATO DI LAUREA (indicare denominazione completa dell'ente, reparto/laboratorio) LOCATION OF THE DEGREE INTERNSHIP (indicate the full name of the institution, department / laboratory)

AREA DELL'ATTIVITÀ DI TESI:
(THESIS AREA)

clinica
(clinical)

preclinica
(preclinical)

TIPO DI TESI:
(TYPE OF THESIS)

sperimentale
(experimental)

compilativa
(theoretical)

AMBITO DI RICERCA AL QUALE SI RIFERISCE LA TESI (THESIS SUBJECT/FIELD OF RESEARCH):

SESSIONE PRESUNTA DI LAUREA (EXPECTED GRADUATION SESSION) ***:

FIRMA E TIMBRO DEL RELATORE (SUPERVISOR SIGNATURE AND STAMP) _____

FIRMA DELLO STUDENTE (STUDENT SIGNATURE) _____

DATA (DATE) _____

Note:

* Si veda il Regolamento didattico del Corso di Laurea Magistrale in Medicine and Surgery.

** Qualifica (Academic rank): PO (Professore Ordinario), PA (Professore Associato), RC (Ricercatore).

*** Estiva se la tesi è assegnata entro il 10.1; autunnale se la tesi è assegnata entro il 10.3; invernale se la tesi è assegnata entro il 10.9 (Summer session, if the thesis is allocated before 10.1; Fall session if the thesis is allocated before 10.3; Winter session if the thesis is allocated before 10.9)

N.B.: la presente istanza sarà sottoposta ad approvazione da parte del Consiglio di Coordinamento Didattico alla prima seduta utile.

" I dati personali saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati). È possibile prendere visione della informativa al seguente link <https://www.unimib.it/privacy> "