

INDICAZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INTERNATO:
INTERNATO VOLONTARIO, INTERNATO ACCREDITATO E PROPOSTA TESI DI
LAUREA

I moduli compilati devono necessariamente essere inviati 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
- Richiesta di internato volontario/ Richiesta di internato accreditato/ Proposta di tesi di laurea (a seconda del tipo di modulo che si intende allegare)

Es. Rossi Paolo – 012345 – Richiesta di internato volontario

Al termine dell'internato accreditato è necessario inviare il modulo "Certificazione di frequenza ad internato in Italia", debitamente compilato e controfirmato dal tutore e dal responsabile dell'attività, nella stessa modalità telematica prevista per l'invio dei moduli di richiesta internati. Nell'oggetto dell'e-mail è necessario indicare: Cognome e nome - matricola - certificazione di frequenza ad internato in Italia.

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 ufficio.assicurazioni@unimib.it.

N.B: I moduli devono essere inviati 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 Medicina e Chirurgia
PROPOSTA DI TESI 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 _____

RELATORE: nome e cognome _____ qualifica** _____

CORRELATORE: nome e cognome _____

SEDE DI SVOLGIMENTO DELLA TESI E DELL'INTERNATO DI LAUREA (indicare denominazione completa dell'ente, reparto/laboratorio)

AREA DELL' ATTIVITÀ DI TESI:

clinica preclinica

TIPO DI TESI:

sperimentale compilativa

AMBITO DI RICERCA AL QUALE SI RIFERISCE LA TESI:

SESSIONE PRESUNTA DI LAUREA ***:

FIRMA E TIMBRO DEL RELATORE _____

FIRMA DELLO STUDENTE _____

DATA _____

Note:

* Si veda il Regolamento didattico del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia con particolare riferimento all'Art. 7.13

** Qualifica: 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.

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). E' possibile prendere visione della informati al seguente link <https://www.unimib.it/servizi/segreterie/informativa-privacy> "