

INDICAZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INTERNATO: INTERNATO VOLONTARIO e INTERNATO ACCREDITATO

I moduli compilati devono necessariamente essere inviati in formato pdf nominato con cognome, nome e matricola, all'indirizzo e-mail ccd.sms@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 (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 di internato accreditato", 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 di internato accreditato.

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: I moduli devono essere inviati almeno 15 giorni prima dell'inizio dell'attività.

RICHIESTA DI INTERNATO VOLONTARIO

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte con PC o in stampatello e deve essere inviato via e-mail all'indirizzo ccd.sms@unimib.it almeno 15 giorni prima dell'inizio dell'attività

Il/La sottoscritto/a _____, n° di matricola _____, iscritto/a al _____ anno del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicine and Surgery,

CONSAPEVOLE CHE

si tratta di attività extracurriculare, non obbligatoria e che non produce crediti formativi,

CHIEDE*

di poter svolgere, ai sensi dell'art. 7.5 FORME DIDATTICHE del Regolamento didattico Università degli Studi di Milano Bicocca - Laurea Magistrale a ciclo unico in MEDICINE AND SURGERY- anno accademico _____, un internato presso (*indicare denominazione completa dell'Ente di riferimento*) _____ reparto/laboratorio _____ (*indirizzo*) _____ nei periodi liberi dall'attività didattica del *core curriculum*, dal giorno _____ al giorno _____ sotto la responsabilità del Tutore Prof./Dr. _____.

Il Docente/Ricercatore Prof./Dr. _____ attesta la validità formativa dell'internato richiesto.

In fede,

(firma dello studente richiedente)

- Docente/ricercatore che attesta la validità formativa:

NOME, COGNOME (in stampatello)

FIRMA E TIMBRO

- Tutore che accetta di seguire lo studente nella attività formativa:

NOME, COGNOME (in stampatello)

FIRMA E TIMBRO

DATA _____

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> "