

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 assicurazioni@unimib.it.

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

RICHIESTA 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 internati.medicina@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 in Medicina e Chirurgia

CHIEDE*

di poter svolgere l'**internato assegnatogli da Segreterie Online** presso (*indicare denominazione completa dell'Ente di riferimento*)

reparto/laboratorio _____

(indirizzo) _____ nei periodi liberi dall'attività didattica del *core curriculum* nell'anno solare _____ sotto la responsabilità del Tutore Prof./Dr. _____

Il Docente di riferimento è il Prof. _____.

In fede,

(firma dello studente richiedente)

- Docente di riferimento:

NOME, COGNOME (in stampatello)

FIRMA E TIMBRO

- Tutore che accetta di seguire lo studente nella attività formativa e che ne attesterà la frequenza:

NOME, COGNOME (in stampatello)

FIRMA E TIMBRO

DATA _____

" 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> "