



Università degli Studi  
di Messina

**Modulo A**

<b>(Cognome)</b>	<b>(Nome)</b>	SPAZIO PER INSERIRE UNA FOTO RECENTE		
Luogo e data di nascita				
<b>Residenza:</b> Via	n.			
CAP	Comune Prov.			
Documento di riconoscimento : tipo numero				
<b>Facoltà di Medicina frequentata:</b>  Università di				
Anno Immatricolazione				
Mese ed anno di Laurea				
<b>TESI</b>				
Titolo				
Cattedra e reparto di svolgimento				
<b>Tirocini frequentati durante i corsi elettivi</b>				
Disciplina	Sede svolgimento	Responsabile	Durata	
A.				
B.				
C.				

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**E-mail**

\_\_\_\_\_

**Firma**

NON SCRIVERE IN QUESTA SEZIONE

<b>ASSEGNAZIONE DELLE ROTAZIONI CLINICHE</b>				VOTO/30
<i>ROTAZIONE</i>	<i>REPARTO</i>	<i>SEDE</i>	<i>RESPONSABILE</i>	
MEDICINA				
CHIRURGIA				
MEDICINA GENERALE				
Totale/90				

\_\_\_\_\_

Firma del Presidente della Commissione Esami di Stato  
(attuazione tirocinio)

Inviare compilato obbligatoriamente tramite e-mail a: [esamidistato@unime.it](mailto:esamidistato@unime.it) entro il giorno 23-3-2024