



Università degli Studi
di Messina

Modulo A

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

Data

E-mail

Firma

NON SCRIVERE IN QUESTA SEZIONE

ASSEGNAZIONE DELLE ROTAZIONI CLINICHE				
<i>ROTAZIONE</i>	<i>REPARTO</i>	<i>SEDE</i>	<i>RESPONSABILE</i>	VOTO/30
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 entro il giorno 23-3-2024