

MODULO 1 PER LA PROPOSTA DI ATTIVITÀ ELETTIVE E SVOLTE COME STAGE

compilare in ogni parte ed inviare tramite posta elettronica all'indirizzo:

fcl-med-ade@unito.it

ANNO ACCADEMICO:

DENOMINAZIONE DELL'ATTIVITÀ ELETTIVA:

Dati relativi agli studenti

	Cognome e Nome	Anno di corso	Periodo in cui si svolge l'attività (dal-al)

Dati da compilare ai fini assicurativi

Azienda Ospedaliera/Universitaria a cui afferisce il servizio/reparto: (sede legale)

Presidio

Servizio/U.O. (dicitura corretta)

Direttore Generale Azienda Ospedaliera/Universitaria (cognome, nome, indirizzo posta elettronica)

Dirigente DiPSA (cognome, nome, indirizzo posta elettronica)

Direttore Servizio/U.O. (cognome, nome, indirizzo posta elettronica)

Coordinatore infermieristico (cognome, nome, indirizzo posta elettronica)

Data

Firma

del Docente o Tutor proponente l'attività elettiva

A cura della segreteria

La commissione approva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Approvato al CCL	Data