

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER POTER SVOLGERE  
INTERNATO ELETTIVO  
PRESSO STRUTTURE DIVERSE DA QUELLE DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E  
PSICOLOGIA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"**

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Prof. Giuseppe Familiari

Il sottoscritto..... iscritto al

.....anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia - Facoltà di

Medicina e Psicologia dell'Università "La Sapienza", n° matricola .....,

chiede di poter frequentare la seguente struttura: Presidio Ospedaliero / Istituto di Ricerca /

Facoltà.....

.....

nel Reparto/Laboratorio di .....

diretto dal Dott./Prof. ....

ai fini dello svolgimento dell'Internato Elettivo previsto dall'Ordinamento didattico nel

seguito periodo .....

Polizze Assicurative:

Infortuni sul lavoro n. 77 149943367 UnipolSai

Polizza RCT/O N. 65 149946835 UnipolSai

Con osservanza.

Roma, li.....

.....  
(firma leggibile dello studente)

*Il Responsabile della Struttura*

*che accetta lo studente per la frequenza*

*Il Presidente CCLM*

*Prof. Giuseppe Familiari*

.....  
(Visto, si approva)

.....  
(Visto, si approva)

*Il Preside Facoltà di Medicina e Psicologia*

*Prof. Massimo Volpe*

.....

**DOMANDA DI INTERNATO PER TESI DI LAUREA**  
**(presso le strutture dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea)**

Al Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia  
Prof. Massimo VOLPE

Al Presidente del CLM in Medicina e Chirurgia  
Prof. Giuseppe Familiari

Il sottoscritto.....matricola.....  
iscritto al..... Anno del corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia - Facoltà di  
Medicina e Psicologia - chiede di poter svolgere l' Internato ai fini della tesi di laurea presso la  
seguinte struttura dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea .....

.....  
Titolo della tesi:

.....  
Professore/Dottore Relatore:.....

Roma, li .....

Firma

Nulla osta del Responsabile della Struttura medica oggetto della richiesta di Internato e del  
Professore Relatore

Timbro e firma.....

## Progetto formativo professionalizzante

(Rif. Convenzione stipulata in data .....)

Nome del tirocinante  
Matricola  
Luogo di nascita  
Data di nascita  
Indirizzo di residenza  
Codice fiscale  
Anno di corso  
Telefono

### **Ambulatorio o Studio medico di Medicina Generale ospitante sede del tirocinio:**

#### **Periodo di tirocinio:**

#### **Tempi di accesso ai locali dello Studio Medico:**

**Tutor CDLM Medicina e Chirurgia:** Prof. Giuseppe FAMILIARI

**Tutor Medico Medicina Generale :** Dott.

#### **Polizze Assicurative:**

Infortuni sul lavoro n. 77 149943367 UnipolSai

Polizza RCT/O N. 65 149946835 UnipolSai

#### **Obiettivi e modalità del tirocinio:**

V anno – acquisizione di un'adeguata conoscenza della medicina di famiglia e del territorio mediante esperienza pratica di formazione sul campo

#### **Obblighi del Tirocinante**

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa informazioni e notizie di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Roma, .....

(per presa visione ed accettazione) Il tirocinante .....

(per l'Università) .....

(Tutor Medico Medicina Generale) .....

**DOMANDA DI INTERNATO ELETTIVO**  
**(presso le strutture dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea)**

Al Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia  
Prof. Massimo Volpe

Al Presidente del CCLM  
Prof. Giuseppe Familiari

Al Coordinatore del ..... Anno ..... semestre  
Prof. ....

Il sottoscritto .....matricola.....  
iscritto al.....Anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia della Facoltà di  
Medicina e Psicologia dell'Università "La Sapienza", chiede di poter svolgere l'Attività di  
Internato, (come previsto per le Attività Didattiche Elettive di semestre deliberate dal CCLS), nella  
struttura.....  
dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea.

Dichiara altresì di aver sostenuto i seguenti esami e colloqui riportando le seguenti votazioni:

Roma, lì

Firma

Preso visione del Responsabile della Struttura oggetto di richiesta di Internato.

Timbro e firma.....

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER SVOLGERE INTERNATO AI FINI DELLA TESI DI LAUREA**

PRESSO STRUTTURE DIVERSE DA QUELLA DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E PSICOLOGIA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "SAPIENZA"

Al Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia

Prof. Massimo VOLPE

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Prof. Giuseppe FAMILIARI

Il sottoscritto .....

residente a.....Via.....

iscritto al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia – Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", n° matricola....., chiede di poter frequentare la seguente struttura: Presidio Ospedaliero/ Istituto di Ricerca/Facoltà

..... nel Reparto/Laboratorio di .....

diretto dal Dott./Prof.....ai fini della elaborazione della Tesi di Laurea dal Titolo:.....

nel seguente periodo:.....

Relatore Professor: .....

Polizze Assicurative:

Infortuni sul lavoro n. 77 149943367 UnipolSai

Polizza RCT/O N. 65 149946835 UnipolSai

Con osservanza.....(firma leggibile dello studente)

Roma, lì.....

*Il Responsabile della Struttura*

*Il Relatore della Tesi che accetta lo studente per la frequenza*

.....  
(Visto, si approva)

.....  
(Visto, si approva)

*Il Presidente CCLM*  
*Prof. Giuseppe Familiari*

*Il Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia*  
*Prof. Massimo Volpe*

.....  
(Visto, si approva)

.....  
(Visto, si approva)