



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA  
SEGRETERIA STUDENTI FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi dell'Aquila

GENERALITÀ			
MATRICOLA			
1. <b>NOME</b> (COGNOME)	(NOME)		
3. <b>LUOGO DI NASCITA</b> (CITTÀ, PAESE)	4. <b>DATA DI NASCITA</b> (G/M/A)		
5. <b>INDIRIZZO per CORRISPONDENZA attinente all'ESAME di STATO</b> (VIA) (NUMERO)			
(CITTÀ) – (PROVINCIA)	(C.A.P.)		
6. <b>TELEFONO -FISSO</b> (PREFISSO) (NUMERO)	7. <b>TELEFONO</b> (CELLULARE)		
8. <b>INDIRIZZO (RESIDENZA)</b> (VIA) (NUMERO)			
(CITTÀ)	(C.A.P.)		
9. <b>DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO</b> (TIPO)	(NUMERO)		
10. <b>CODICE FISCALE</b>			
10. <b>FACOLTÀ DI MEDICINA FREQUENTATA</b>			
A. <b>FACOLTÀ DI MEDICINA</b> (NOME)			
B. <b>MESE/ANNO DI IMMATRICOLAZIONE</b>	C. <b>MESE/ANNO DI LAUREA</b>		
11. <b>TESI</b>			
A. <b>TITOLO</b>			
B. <b>CATTEDRA/REPARTO DOVE SVOLTA</b>			
12. <b>TIROCINI FREQUENTATI DURANTE I CORSI ELETTIVI</b>			
<b>DISCIPLINA</b>	<b>LUOGO SVOLTO</b>	<b>RESPONSABILE</b>	<b>DURATA</b>
		<b>IN GIORNI</b>	
A.			
B.			
C.			

2.

SPAZIO PER INSERIRE  
UNA  
FOTOGRAFIA RECENTE

Firma

e-mail

Data

NON SCRIVERE IN QUESTA SEZIONE

14. ASSEGNAZIONE DELLE ROTAZIONI CLINICHE				
ROTAZIONE	ISTITUTO/REPARTO	SEDE /INDIRIZZO	RESPONSABILE	VOTO/30
MEDICINA :				
CHIRURGIA :				
MED. DI FAMIGLIA :	-----			
TOTALE /90				

Firma del Presidente della "Commissione Esame di Stato": \_\_\_\_\_



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA**  
SEGRETERIA STUDENTI FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

**QUESTIONARIO INDICATIVO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL LUOGO OVE SVOLGERE IL TIROCINIO VALUTATIVO PER IL MESE DI MEDICINA GENERALE (medico di famiglia) PER L'ESAME DI STATO DI MEDICO CHIRURGO.**

Il sottoscritto

Nato a \_\_\_\_\_ il

Residente a

In possesso di mezzo proprio si no

Esprime le seguenti preferenze circa il luogo ove espletare il mese di tirocinio valutativo di medicina generale.

1° preferenza

2° preferenza

3° preferenza

L'Aquila,

FIRMA \_\_\_\_\_