



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

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi dell'Aquila

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