




**ATTIVITÀ DI TIROCINIO O INTERNATO/I ELETTIVO/I  
INTERNSHIP/S AT HOSPITAL DEPARTMENT/S**

Gli studenti dei CDL/M nelle Professioni Sanitarie devono indicare monte ore da frequentare e corrispondente anno di Tirocinio:  
*Students enrolled in a Healthcare Professions Degree must write the amount of hours of internship and the corresponding academic year:*

Gli studenti del CDLMcu in Medicina e Chirurgia devono indicare il/i reparto/i in cui intendono svolgere attività di internato:  
*Students in the six-year Degree programme in Medicine and Surgery must write the hospital department/s of the internship/s:*

**IL RESPONSABILE ACCADEMICO DELLA MOBILITÀ (RAM)  
THE ACADEMIC MOBILITY COORDINATOR – RAM**

**FIRMA**.....  
**SIGNATURE**

**(Cognome e Nome del RAM)**.....  
*(Surname and Name of the RAM)*

**ARGOMENTO TESI (ove richiesta)  
SUBJECT OF FINAL THESIS (where available)**

**FIRMA DEL RELATORE DELLA TESI:  
SIGNATURE OF THE THESIS SUPERVISOR:**

**(Cognome e Nome del relatore della tesi)** .....  
*(Surname and Name of the thesis supervisor)*