

BANDO ERASMUS+
FACOLTA' FARMACIA E MEDICINA (AREA MEDICA)
FACOLTA' MEDICINA E ODONTOIATRIA
ANNO 2017-2018

RIEPILOGO DOCUMENTAZIONE IN ORDINE DI PRESENTAZIONE

- MODULO ORDINAMENTO PROPRIO CORSO DI LAUREA (scaricabile solo dai siti di Facoltà – vedere in calce il fac-simile)
- DOMANDA DI CANDIDATURA ONLINE (vedere in calce il fac-simile nel quale è riportata solo la prima pagina)
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEGLI ESAMI SOSTENUTI COME DA INFORMAZIONE REGISTRATA SU INFOSTUD (vedere in calce il fac-simile nel quale è riportata solo la prima pagina – **senza marca da bollo**)
- RICEVUTA ESAMI SOSTENUTI (solo se l'esame non compare su INFOSTUD – vedere in calce il fac-simile)
- CERTIFICATI LINGUISTICI – NON OBBLIGATORI (esibire l'originale, che verrà poi sostituito con una fotocopia)
- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'

SEGUONO FAC-SIMILE DOCUMENTI

CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA - CL A

Cognome e Nome _____

Immatricolato al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia nell'a.a. _____

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI

- al I anno

- al II anno perché sostenuto esami con art. 6 - al II anno perché proveniente da altro corso di laurea

- ad altri anni successivi al I ***

Media Esami (Precisa con due decimali) _____ Numero Esami Sostenuti _____ su _____

Indirizzo posta elettronica VALIDO (in stampatello) _____

I ANNO - I SEMESTRE

1	Chimica e propedeutica biochimica	/30
2	Fisica medica	/30

I ANNO - II SEMESTRE

3	Biologia e genetica (II)	/30
4	Istologia ed embriologia	/30

ESAMI I ANNO OBBLIGATORI PER PARTECIPARE AL PROGRAMMA ERASMUS

II ANNO - I SEMESTRE

5	Metodologia Medico Scientifica di Base (III)	/30
6	Biochimica (II)	/30

II ANNO - II SEMESTRE

7	Anatomia Umana (III)	/30
8	Microbiologia	/30

III ANNO - I SEMESTRE

9	Fisiologia umana (III)	/30
10	Immunologia ed immunopatologia	/30

III ANNO - II SEMESTRE

11	Metodologia Medico Scientifica Clinica (VI)	/30
12	Patologia e fisiopatologia generale (II)	/30
13	Medicina di laboratorio (II)	/30

IV ANNO - I SEMESTRE

14	Patologia integrata I	/30
15	Patologia integrata II	/30

IV ANNO - II SEMESTRE

16	Metodologia medico scientifica integrata (VIII)	/30
----	---	-----

17	Anatomia patologica e correlazioni anatomo cliniche (II)	/30
18	Patologia integrata III	/30
19	Diagnostica per immagini	/30

V ANNO - I SEMESTRE

20	Patologia integrata IV	/30
21	Patologia integrata V	/30
22	Malattie del sistema nervoso	/30
23	Medicina interna e chirurgia generale I	/30
24	Farmacologia (II) e tossicologia	/30

V ANNO - II SEMESTRE

25	Psichiatria e psicologia clinica	/30
26	Malattie dell'apparato locomotore e reumatologia	/30
27	Dermatologia e chirurgia plastica	/30
28	Patologie degli organi di senso	/30
29	Lingua inglese (V)	/30

VI ANNO - I SEMESTRE

30	Metodologia Medico Scientifica: Sanità Pubblica (X)	/30
31	Medicina interna e chirurgia generale II	/30
32	Pediatria	/30
33	Ginecologia ed ostetricia	/30

VI ANNO - II SEMESTRE

34	Metodologia Medico Scientifica: Medicina Legale (XI)	/30
35	Medicina interna e chirurgia generale III	/30
36	Emergenze medico-chirurgiche	/30

*** Lo studente è tenuto a ricostruire insieme all'amministrativo (RAEF Luana Girolami) la propria carriera universitaria.

Firma dello studente

**Università degli Studi di Roma
"La Sapienza"**

**DOMANDA DI CANDIDATURA ONLINE
PER L'ASSEGNAZIONE DI UNA BORSA DI MOBILITA' ERASMUS
A.A. 2015-2016**

Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Struttura organizzativa: MEDICINA E ODONTOIATRIA

Per la consegna della copia cartacea della domanda di candidatura compilata via web seguire le istruzioni indicate nel bando.

Il/la sottoscritto/a _____, matr. _____ nato/a _____ il _____ iscritto/a al
_____ **3° anno in corso**, Corso di Laurea :
**in MEDICINA E CHIRURGIA CORSO C - SEDE DI ROMA (AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I) [LMCU
(DM 270/04) - ORDIN. 2010]**

al fine di partecipare alla selezione per l'assegnazione di una borsa di mobilità Erasmus e presa visione delle condizioni di partecipazione al Programma Erasmus dichiara quanto segue:

DATI ANAGRAFICI DEL CANDIDATO

Cognome: _____
Nome: _____
Matricola: _____
Studente disabile: **NO**

Sesso: _____
Nazionalità: _____
Cittadinanza: _____
Luogo di nascita: _____
Data di nascita: _____
Codice Fiscale: _____
Cell: _____
E-mail: _____

RESIDENZA Città: _____
Provincia: _____
Via/P.za: _____
CAP: _____
Tel: _____
Cellulare: _____
Fax: _____

RECAPITO:
Città: _____
Provincia: _____
Via/P.za: _____
CAP: _____
Tel: _____
Fax: _____

Questo indirizzo è valido fino al:

Indirizzo presso il quale si desidera ricevere comunicazioni e documentazioni relative al Programma Erasmus e allo stato della propria candidatura:



CERTIFICATO DI ESAMI SOSTENUTI

Si certifica che

Matricola n. _____ nata a _____ il _____
codice fiscale _____

- è stata immatricolata in questo ateneo nell'anno accademico _____ alla LAUREA MAGISTRALE in MEDICINA E CHIRURGIA CORSO C - SEDE DI ROMA (AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I) [LMCU (DM 270/04) - ORDIN. 2010]
- nell'anno accademico 2014/2015 risulta iscritta al 3 anno in corso alla LAUREA MAGISTRALE in MEDICINA E CHIRURGIA CORSO C - SEDE DI ROMA (AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I) [LMCU (DM 270/04) - ORDIN. 2010] (classe LM-41)
Facoltà di MEDICINA E ODONTOIATRIA
- la durata legale del corso è di 6 anni accademici.

Ha sostenuto i seguenti esami di profitto:

1	97907	FISICA MEDICA (FIS/07)	cfu: 6
2	1026264	BIOLOGIA E GENETICA (BIO/11, BIO/13, BIO/17, MED/03, MED/06, MED/07)	cfu: 15
3	1027730	ISTOLOGIA ED EMBRIOLOGIA UMANA (BIO/11, BIO/17, MED/08)	cfu: 9
4	1026269	CHIMICA E PROPEDEUTICA BIOCHIMICA (BIO/10, BIO/11, BIO/13)	cfu: 9
5	1027728	ANATOMIA UMANA (BIO/16, ING-INF/06, MED/18, MED/27)	cfu: 18
6	1027735	FISIOLOGIA UMANA (BIO/09, MED/11, MED/26)	cfu: 17
7	1031200	METODOLOGIA MEDICO SCIENTIFICA DI BASE (BIO/10, M-PSI/08, MED/01, MED/02, MED/09)	cfu: 14
8	1026230	BIOCHIMICA (BIO/10, BIO/11, BIO/12, MED/13)	cfu: 15
9	1026319	MICROBIOLOGIA (MED/04, MED/07, VET/06)	cfu: 7
10	1026321	PATOLOGIA E FISIOPATOLOGIA GENERALE (MED/03, MED/04, MED/06)	cfu: 15

Esami Superati: 10

Totale Crediti: 125



CERTIFICATO DI ESAMI SOSTENUTI

Il presente certificato, composto da 2 pagine:

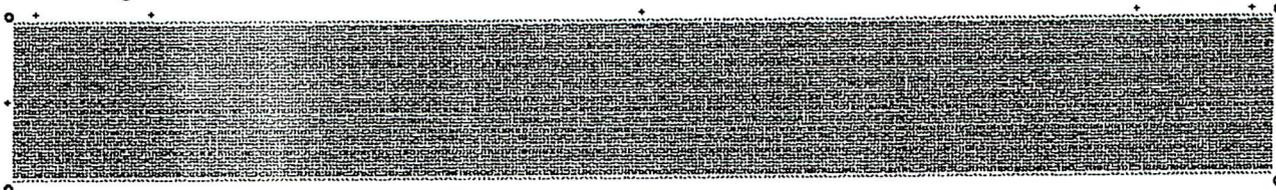
- contiene informazioni desunte dall'archivio dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- è valido solo con marca da bollo per gli usi consentiti dalla legge

~~MARCA DA BOLLO
€ 16,00~~

Il Direttore dell'Area Servizi Agli Studenti
Dott.ssa Rosalba Natale

Ai sensi delle modifiche introdotte dalla Legge 183/2011 al D.P.R. 445/2000 si precisa che il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.

Timbro Digitale



Per la verifica del timbro digitale utilizzare il software Decoder2DPlus disponibile su <http://www.uniroma1.it/didattica/regolamenti/timbro-digitale>

Ricevuta Prenotazione

(da presentare all'esame con documento d'identità)

Prenotazione del: _____

FACOLTA' DI MEDICINA E ODONTOIATRIA
A.A. 2014/2015

Appello del: _____

Numero Verbale: _____

Docente: _____

Insegnamento: IMMUNOLOGIA E IMMUNOPATOLOGIA(Cod:1026287,CFU:8.0,SSD:MSD/1221)

Corso di Studio: MEDICINA E CHIRURGIA CORSO C - SEDE DI ROMA (AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I) [LMCU (DM 270/04) - ORDIN. 2010]

Matricola: _____ Cognome e Nome: _____

Data di Nascita: _____

Luogo di Nascita: _____

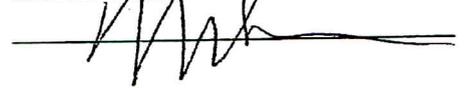
Anno di Immatricolazione: 2012/2013 Anno Ultima Iscrizione: 2014/2015

Corso di Studio: MEDICINA E CHIRURGIA CORSO C - SEDE DI ROMA (AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I) [LMCU (DM 270/04) - ORDIN. 2010](codice:14447, classe:LM-41)

DATA ESAME: 27/2/2015

VOTO: 30

FIRMA DEL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE



- 1) L'esame sostenuto dallo studente irregolare potrebbe essere annullato dalla segreteria in sede di verifica della carriera.
- 2) La presente ricevuta assume valore solo se l'esame è registrato sul corrispondente verbale d'esame.
Essa deve comunque essere conservata dallo studente e consegnata in segreteria nel momento della presentazione della domanda di laurea.
- 3) All'atto della firma del verbale si ricorda allo studente di verificare la corrispondenza del numero del verbale d'esame con la ricevuta.