**MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER**

**ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE INDIVIDUALI**

*(da inviare a* *presidenzamedicina@unict.it* *almeno 30 giorni prima dell’attività)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto al \_\_\_\_\_\_\_ anno del

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia per l’A.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , matr. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in

qualità di rappresentante/referente

C H I E D E

che venga autorizzata, ai fini del riconoscimento CFU di Attività Didattica Elettiva, la partecipazione al convegno/congresso dal titolo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

organizzato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che si svolgerà nelle seguenti date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e nei seguenti orari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per i seguenti studenti (inserire tutti i partecipanti):

Matricola, Cognome, Nome, anno di corso

Matricola, Cognome, Nome, anno di corso

Matricola, Cognome, Nome, anno di corso

Matricola, Cognome, Nome, anno di corso

……..

Obiettivi formativi da raggiungere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalità di valutazione finale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La partecipazione al convegno/congresso è:**

 **a titolo gratuito**

 **prevede il versamento di una quota di iscrizione al congresso\***

*\*(opzione prevista esclusivamente per i congressi organizzati da Società Scientifiche nazionali ed internazionali riconosciute)*

Firma dello studente referente

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Docente referente

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Catania, il ……………………………*

*Visto ed approvato*

***La Presidente del CdL***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***