**MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER**

**ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE INDIVIDUALI**

**Frequenza Reparti Assistenziali o Laboratori di Ricerca EXTRA RETE**

*(da inviare a* [*presidenzamedicina@unict.it*](mailto: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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

che venga autorizzato, ai fini del riconoscimento CFU di Attività Didattica Elettiva, lo svolgimento di un periodo di tirocinio volontario presso\*:

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

Con la supervisione del tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che dovrà provvedere autonomamente alla stipula di copertura assicurativa per frequentare reparti assistenziali o laboratori di enti non convenzionati con il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Firma dello studente Firma del Tutor

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

Firma del Docente garante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­

*Catania, il ……………………………*

*Visto ed approvato*

***La Presidente del CdL***

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

\*Per i Reparti indicare Azienda Ospedaliera e U.O.; per i Laboratori indicare Dipartimento e Sezione.