



Corso di Laurea in Medicina e chirurgia

<http://www.cdlimedicina.unimore.it/>

**Modulo tirocinio per ADE
(Attività Didattiche Elettive)**

Il responsabile Dott. _____

della struttura _____ Numero telefonico _____

Indirizzo mail _____

Dell'Azienda _____ via _____

n. _____ città _____

Acconsente alla frequenza del tirocinante

(cognome) _____ (nome) _____

matricola _____, anno di corso _____

presso il reparto _____ dal _____ al _____

per un totale di ore _____, pari a _____ CFU

Breve descrizione delle attività previste:

Timbro e Firma del Responsabile

Luogo e data _____