



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Area Uffici Didattica
Segreteria Studenti Area Medica

Alla Rettrice dell'Università degli Studi dell'Aquila

| GENERALITÀ | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------------|--|
| MATICOLA | | <p>2.</p> <p>SPAZIO PER INSERIRE UNA FOTOGRAFIA RECENTE</p> | | |
| 1. <i>NOME</i> (COGNOME) | (NOME) | | | |
| 3. <i>LUOGO DI NASCITA</i> (CITTÀ, PAESE) | 4. <i>DATA DI NASCITA</i> (G/M/A) | | | |
| 5. <i>INDIRIZZO per CORRISPONDENZA attinente all'ESAME di STATO</i> (VIA) (NUMERO) | | | | |
| (CITTÀ) – (PROVINCIA) | (C.A.P.) | | | |
| 6. <i>TELEFONO -FISSO</i> (PREFISSO) (NUMERO) | 7. <i>TELEFONO</i> (CELLULARE) | | | |
| 8. <i>INDIRIZZO (RESIDENZA)</i> (VIA) (NUMERO) | | | | |
| (CITTÀ) | (C.A.P.) | | | |
| 9. <i>DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO</i> (TIPO) | (NUMERO) | | | |
| 10. <i>CODICE FISCALE</i> | | | | |
| 10. FACOLTÀ DI MEDICINA FREQUENTATA | | | | |
| A. <i>FACOLTÀ DI MEDICINA</i> (NOME) | | | | |
| B. <i>MESE/ANNO DI IMMATRICOLAZIONE</i> | | C. <i>MESE/ANNO DI LAUREA</i> | | |
| 11. TESI | | | | |
| A. <i>TITOLO</i> | | | | |
| B. <i>CATTEDRA/REPARTO DOVE SVOLTA</i> | | | | |
| 12. TIROCINI FREQUENTATI DURANTE I CORSI ELETTIVI | | | | |
| <i>DISCIPLINA</i> | <i>LUOGO SVOLTO</i> | <i>RESPONSABILE</i> <i>IN GIORNI</i> | <i>DURATA</i> | |
| A. | | | | |
| B. | | | | |
| C. | | | | |

Firma

e-mail

Data

NON SCRIVERE IN QUESTA SEZIONE

| 14. ASSEGNAZIONE DELLE ROTAZIONI CLINICHE | | | | |
|---|-------------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| <i>ROTAZIONE</i> | <i>ISTITUTO/REPARTO</i> | <i>SEDE /INDIRIZZO</i> | <i>RESPONSABILE</i> | <i>VOTO/30</i> |
| MEDICINA : | | | | |
| CHIRURGIA : | | | | |
| MED. DI FAMIGLIA : | ----- | | | |
| TOTALE /90 | | | | |

Firma del Presidente della "Commissione Esame di Stato": _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Area Uffici Didattica
Segreteria Studenti Area Medica

QUESTIONARIO INDICATIVO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL LUOGO OVE SVOLGERE IL TIROCINIO VALUTATIVO PER L'ESAME DI STATO DI MEDICO CHIRURGO.

Il sottoscritto

Nato a _____ il _____

Residente a _____

In possesso di mezzo proprio sì no

Esprime le seguenti preferenze circa il luogo ove espletare il mese di tirocinio valutativo di:

| MEDICINA GENERALE | MEDICINA INTERNA | CHIRURGIA |
|-----------------------|---------------------|------------------------|
| L'Aquila città | Ospedale L'Aquila | Ospedale L'Aquila |
| L'Aquila frazioni | Ospedale Avezzano | Ospedale Avezzano |
| L'Aquila paesi vicini | Ospedale Teramo | Ospedale Teramo |
| Avezzano | Ospedale Sulmona | Ospedale Giulianova |
| Sulmona | Ospedale Giulianova | Ospedale di Sant'Omero |
| Marsica | | |
| Teramo | | |
| Teramo provincia | | |

(indicare per ciascun tirocinio, con numeri vicino alla sede, la graduatoria della propria preferenza)

In caso di superamento dell'esame, il sottoscritto **AUTORIZZA** **NON AUTORIZZA** la pubblicazione del voto conseguito.

L'Aquila, _____

Firma _____