



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute

Prof. Renzo Carretta

INTERNATO DI LAUREA

Con la presente, io sottoscritto _____
regolarmente iscritto al 5° anno di Corso del CdLM in Medicina e
Chirurgia,

COMUNICO

di voler svolgere l'attività di Internato di Laurea presso il reparto di

sotto la guida del Prof./Dott. _____

Trieste, ____/____/____

Visto, il tutor Prof. Dott.

Lo Studente

