



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ESAMI SOSTENUTI IN MOBILITA'

CdL in Medicina e Chirurgia

Da consegnare in originale prima possibile dopo il rientro a:
Servizio Relazioni Internazionali, c/o NIC, Padiglione 3, piano terra, Stanza 005
Largo Brambilla, 3 - 50134 Firenze. TEL. +39 055 2751955/56

Matricola |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

 I sottoscritt

Cognome e Nome _____

nat_ il _____ a _____

residente in _____ prov _____

via/piazza _____ Tel: _____

cellulare _____ e-mail _____

iscritto_ per l'anno accademico attuale: _____ al _____ anno di corso fuori corso ripetente

del corso di laurea diploma in _____

Chiede

Il riconoscimento dei sotto elencati ESAMI, TIROCINI; ADE, ecc. sostenuti nel periodo _____

presso la sede estera di _____

nell'ambito di: (barrare solo una delle caselle)

ERASMUS+ TRAINEESHIP MOBILITY, svolta nell'anno accademico _____

Alla richiesta devono essere allegati Learning Agreement originale ed eventuali Cambiamenti al LA originali, completi di tutte le firme di approvazione, transcript of records originale ed eventuali transcript of work per i tirocini svolti

.....

COME COMPILARE E CONSEGNARE LA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO:

- Numerare a destra in alto, in ordine progressivo, i certificati esteri originali, allegandoli alla richiesta.
- Riportare il numero del certificato nella colonna corrispondente della richiesta.
- Indicare la denominazione completa estera, la data, e se si tratta di *frequenza/esame/tirocinio* :-
- (**F** = richiesta della sola frequenza; **T** = richiesta di riconoscimento totale).
- Allegare anche il Learning Agreement originale ed eventuali Cambiamenti al LA originali, completi di tutte le firme di approvazione
- Usare la pagina **ADE & AA** per chiedere il riconoscimento di eventuali altre attività, seminari, corsi di lingua etc.

Non si accettano richieste di riconoscimento incomplete.

Data _____

Firma _____

Servizio Relazioni Internazionali
Erasmus student office

Largo Brambilla, 3 – 50134 Firenze, Ed.3, piano terra, Stanza 005
e-mail: relint@sc-saluteumana.unifi.it



Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Piano di Studio del 5° anno

ESAME DI CUI SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO	DENOMINAZIONE ESAME ESTERO	NUMERO del CERTIFICATO	DATA	F/T
A.F.P. (quinto anno) 30 CFU			N° di settimane	Data fine mobilità*
Medicina interna (5 sett.)				
Chirurgia generale (3 sett.)				
Pronto soccorso (2 sett.)				
Terapia intensiva (1 sett.)				
A scelta (2 sett.)				

** inserire il giorno prima del giorno indicato sull'attestato di arrivo e di partenza come data di chiusura della mobilità. Nel caso in cui il giorno di chiusura fosse lunedì o domenica inserire il venerdì precedente.

(§) *Riconoscibile solo la frequenza NOTE DA PARTE DELLO STUDENTE:*

Firenze, _____

Firma dello studente _____

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia



ADE e A.A.

Elencare **ATTIVITA' SEMINARIALI, TIROCINI* O CORSI OPZIONALI** (inclusi i corsi di lingua straniera) **SVOLTI ALL'ESTERO**

ADE SVOLTE ALL'ESTERO (<u>riportare in italiano</u>)	DATA	SETTIMANE	NUMERO del CERTIFICATO
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			
<i>Titolo</i>			

	A.A.(Altre Attività):	A.A.(Altre Attività) EQUIVALENTI svolte all'estero, ad es. <u>corso di lingua</u> :	DATA	CFU/ settimane	NUMERO del CERTIFICATO
0098502 0098503	<i>V anno</i> <i>2CFU</i> <i>EBM</i> <i>Medicina non</i> <i>Convenzionale</i>				
0098508	<i>VI anno</i> <i>2CFU</i> <i>BLS</i>				
ADE	<i>Lingua Estera (2 CFU)</i>				

*Inserire solo le settimane svolte in più rispetto a quelle previste **dal piano di studio della sede estera** per il superamento degli esami, es. settimane svolte in forma volontaria e certificate.

NOTE DA PARTE DELLO STUDENTE

Firenze, _____

Firma dello studente _____