



Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Piano di Studio del 4° anno

ESAME DI CUI SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO	DENOMINAZIONE ESAME ESTERO	N° del CERTIFICATO	DATA **	F/T
SPECIALITA' MEDICHE (C.I.)				
Malattie infettive I				
Malattie infettive II				
Malattie del sangue				
Oncologia medica				
Radioterapia				
Parassitologia e malattie parassitarie degli animali				
SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICHE I (C.I.)				
Gastroenterologia				
Endocrinologia				
<i>Chirurgia Sistemica (*)</i>				
<i>Medicina Chirurgia intersistemica I (*)</i>				
SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICHE II (C.I.)				
Nefrologia				
Urologia				
Malattie cutanee e veneree				
Reumatologia				
SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICHE III (C.I.)				
Malattie dell'apparato cardiovascolare				
Malattie dell'apparato respiratorio I e II				
Chirurgia toracica				
Chirurgia vascolare				
Chirurgia cardiaca				
Medicina Intersistemica I e II				
FARMACOLOGIA (C.I.)				
<i>Farmacologia I (III° anno)</i>				
<i>Farmacologia II (IV° anno)</i>				
<i>Farmacologia III (IV° anno)</i>				
(Integrazione di tossicologia)				
A.F.P. (quarto anno) 7 CFU (*)			N° di settimane	

(*) Attribuite al riconoscimento dell'esame completato

** 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.

NOTE DA PARTE DELLO STUDENTE

Firenze, _____

Firma dello studente _____



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
ANATOMIA PATOLOGICA (C.I.)				
M. APP. LOCOMOTORE e CHIR. PLASTICA				
Malattie apparato locomotore				
Medicina fisica e riabilitativa				
Malattie del Metabolismo Osseo				
Chirurgia Plastica				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI				
IGIENE E SANITA' PUBBLICA				
MEDICINA LEGALE E DEL LAVORO				
Medicina legale				
Medicina del lavoro				
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 _____



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Piano di Studio del 6° anno

ESAME DI CUI SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO	DENOMINAZIONE ESAME ESTERO	NUMERO del CERTIFICATO	DATA **	F/T
NEUROLOGIA (C.I.)				
PSICHIATRIA (C.I.)				
SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICHE IV (C.I.)				
Malattie apparato visivo				
Otorinolaringoiatria				
Audiologia				
Malattie odontostomatologiche				
Chirurgia maxillo facciale				
EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE (C.I.)				
PEDIATRIA GEN. E SPEC. (C.I.)				
GERIATRIA (C.I.)				
GINECOLOGIA e OSTETRICIA (C.I.)				
CLINICA MEDICA (C.I.) (§)				
Riconoscibile solo la frequenza				
CLINICA CHIRURGICA (C.I.) (§)				
Riconoscibile solo la frequenza				
A.F.P. (sesto anno) 7CFU			N° di settimane	
Neurologia				
Diagnostica per immagini				
Emergenze				
Geriatrics				
Pediatria				

** 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	V anno 2CFU EBM Medicina non Convenzionale				
0098508	VI anno 2CFU BLS				
ADE	Lingua Estera (2 CFU)				

*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 _____