



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

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

Servizio Relazioni Internazionali
Erasmus student office

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



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>			

	A.A.(Altre Attività):	A.A.(Altre Attività) EQUIVALENTI svolte all'estero, ad es. <u>corso di lingua</u> :	DATA	CFU/ settiman e	NUMERO del CERTIFI CATO
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 _____