

## MODULO 1 PER LA PROPOSTA DI ATTIVITÀ ELETTIVE E SVOLTE COME STAGE

compilare in ogni parte ed inviare tramite posta elettronica all'indirizzo:

[infermieristicaivrea@unito.it](mailto:infermieristicaivrea@unito.it)

**ANNO ACCADEMICO:**

**DENOMINAZIONE DELL'ATTIVITÀ ELETTIVA:**

### Dati relativi agli studenti

	Cognome e Nome	Anno di corso	Periodo in cui si svolge l'attività (dal-al)

### Dati da compilare ai fini assicurativi

**Azienda Ospedaliera/Universitaria a cui afferisce il servizio/reparto: (sede legale)**

**Presidio**

**Servizio/U.O. (dicitura corretta)**

**Direttore Generale Azienda Ospedaliera/Universitaria** (cognome, nome, indirizzo posta elettronica)

**Dirigente DIPSA** (cognome, nome, indirizzo posta elettronica)

**Direttore Servizio/U.O.** (cognome, nome, indirizzo posta elettronica)

**Coordinatore infermieristico** (cognome, nome, indirizzo posta elettronica)

**Data**

**Firma**

del Docente o Tutor proponente l'attività elettiva

A cura della segreteria

La commissione approva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Approvato al CCL	<b>Data</b>