Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
SEDE
Città di Torino

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche

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

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

climed1.asltorino@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	□ **SI** □ **NO**
Approvato al CCL	**Data**