



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ESAMI SOSTENUTI IN MOBILITA'

CdL in Medicina e Chirurgia

Da inviare via email a relint@sc_saluteumana.unifi.it

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

 I sottoscritt

Cognome e Nome _____

nat_ il _____ a _____

residente in _____ prov _____

via/piazza _____ Tel: _____

cellulare _____ e-mail _____

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

Chiede

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

(date riportate nell'attestato di arrivo e di partenza da allegare)

presso la sede estera di _____

nell'ambito del progetto **ERASMUS+ STUDY MOBILITY**,

svolto 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, **attestato di arrivo e di partenza**, indicare anche eventuali esami parziali già fatti in Italia e allegare altri certificati che si vuole far riconoscere.

COME COMPILARE E CONSEGNARE LA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO:

- **NUMERO del CERTIFICATO:** Numerare a destra in alto, in ordine progressivo, i certificati esteri originali, allegandoli alla richiesta e riportare il numero del certificato nella colonna corrispondente della richiesta. Ad ogni riga corrisponde un esame, ripetere l'esame estero se uno stesso esame corrisponde a più esami italiani. Il TRANSCRIPT OF RECORDS è sempre il n.1
- **DENOMINAZIONE ESAME ESTERO** Indicare il nome dell'esame estero riportato nel Transcript of record
- **la DATA:** * 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.
- **F/T :**(F = richiesta della sola frequenza per i tirocini; T = richiesta di riconoscimento totale per gli esami).
- Usare la pagina **ADE & AA** per chiedere il riconoscimento di eventuali altre attività, seminari, corsi di lingua etc.
- Eventuali moduli (Es. moduli di SMC, SM, SMC1 etc...) già sostenuti in Italia entro il 15 ottobre devono essere segnalati con la dicitura "svolto in Italia il GG/MM/AAAA con il Prof. XXX" all'interno del modulo di Richiesta di riconoscimento dei crediti

** 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.

Non si accettano richieste di riconoscimento incomplete o prive di firma

Data _____

Firma _____

Servizio Relazioni Internazionali

Largo Brambilla, 3 – 50134 Firenze, Ed.3, piano terra, Stanza 06
e-mail: relint@sc-saluteumana.unifi.it



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

ESAME DI CUI SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO	DENOMINAZIONE ESAME ESTERO	N° del CERTIFICATO	DATA **	F/T
SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICHE I (C.I.)				
Gastroenterologia				
Endocrinologia				
<i>Chirurgia Sistemática (*)</i>				
<i>Medicina Chirurgia intersistemica 1 (*)</i>				
SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICHE II (C.I.)				
Nefrologia				
Urologia				
Malattie cutanee e veneree				
Reumatologia				
FARMACOLOGIA (C.I.)				
<i>Farmacologia I (III° anno)</i>				
<i>Farmacologia II (IV° anno)</i>				
(Integrazione di tossicologia)				
ANATOMIA PATOLOGICA (C.I.)				
M. APP. LOCOMOTORE e CHIR. PLASTICA				
Malattie apparato locomotore				
Medicina fisica e riabilitativa				
Malattie del Metabolismo Osseo				
Chirurgia Plastica				
MEDICINA LEGALE E DEL LAVORO				
Medicina legale				
Medicina del lavoro				



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 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				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI				
GINECOLOGIA e OSTETRICIA (C.I.)				
PEDIATRIA GENERALE E SPECIALISTICA (C.I.)				
PSICHIATRIA (C.I.)				
SPECIALITA' MEDICO- CHIRURGICHE IV (C.I.)				
Malattie apparato visivo				
Otorinolaringoiatria				
Audiologia				
Malattie Odontostomatologiche				
Chirurgia maxillo facciale				



ESAME DI CUI SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO	DENOMINAZIONE ESAME ESTERO	N° del CERTIFICATO	DATA **	F/T
NEUROLOGIA (C.I.)				
IGIENE (C.I.)				
TIROCINIO DEL QUINTO ANNO				
A.F.P. (quinto anno) 24/30CFU	Attività svolta all'estero/area	N° del CERTIFICATO/ Transcript of work	N° di settimane	Data fine mobilità **
Indicare se il tirocinio è da 24 cfu (18 settimane dalla coorte 2020) o 30 cfu (13 settimane coorti antecedenti al 2020)	Tipo di tirocinio: _____ CFU			
Clinica Medica (5 sett.)				
Chirurgia (3 sett.)				
Pronto soccorso/DEA (2 o 3 sett. In base alla coorte)				
Terapia intensiva (1 sett.)				
A scelta (2 sett.)				
A scelta (2 settimane primo semestre fra SMC 4, Neurologia, Psichiatria)				
1 Pediatria (1 sett.)				
Ginecologia (1 sett.)				

(*) *Attribuite al riconoscimento dell'esame completato*
NOTE DA PARTE DELLO STUDENTE

Firenze, _____ Firma dello studente _____



Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

ESAME DI CUI SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO	DENOMINAZIONE ESAME ESTERO	NUMERO del CERTIFICATO	DATA **	F/T
EMERGENZE MEDICO- CHIRURGICHE (C.I.)				
GERIATRIA (C.I.)				
CLINICA MEDICA (C.I.) (§)				
Riconoscibile solo la frequenza				
CLINICA CHIRURGICA (C.I.) (§)				
Riconoscibile solo la frequenza				

** 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 _____

