



C: ATTIVITA' PROFESSIONALE CON FUNZIONE APICALE - max 1 punto per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di 4 punti				
DESCRIZIONE ATTIVITA'	PRESSO (specificare Ente)	DAL (gg/mm/aaaa)	AL (gg/mm/aaaa)	N. MESI

D: ATTIVITA' PROFESSIONALE - max 0,5 punti per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di 4 punti				
DESCRIZIONE ATTIVITA'	PRESSO (specificare Ente)	DAL (gg/mm/aaaa)	AL (gg/mm/aaaa)	N. MESI
Tecnico di Radiologia Medica				
Tecnico di Laboratorio Biomedico				
Tecnico Audiometrista				
Tecnico di Neurofisiopatologia				

Data .....

*In fede*

Firma .....

**N.B.**

**Il presente modulo dovrà obbligatoriamente essere compilato e fatto pervenire alla Segreteria Studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, entro il 20 settembre 2019.**

La firma deve essere apposta in presenza di un addetto della Segreteria Studenti, previa esibizione di idoneo documento d'identità. In caso di spedizione o consegna tramite terze persone deve essere allegata una fotocopia fronte/retro di un documento d'identità.