

Alla Scuola di Medicina e Chirurgia

Oggetto: Richiesta partecipazione al Tirocinio Pratico Valutativo Medico, Chirurgico e di Medicina di base, per l'acquisizione della Laurea abilitante in Medicina e Chirurgia.

Il/La sottoscritto/a _____ matr. ____/____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n° _____

indirizzo e-mail _____

N. tel. _____ iscritto nell'A.A. _____ al _____ anno di corso,

oppure al _____ fuori corso, del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia sede di _____.

CHIEDE

di partecipare al Tirocinio Pratico Valutativo:

Area Medica nel mese di _____ anno _____

Area Chirurgica nel mese di _____ anno _____

Area di Medicina di base nel mese di _____ anno _____

previsto dall'art. 3 del DM 9 Maggio 2018, n. 58 (GU n. 126 del 1-6-2018), e recepito dall'Ordinamento e dal Regolamento didattico del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, ai fini del conseguimento della Laurea Abilitante.

Consapevole che, ai sensi dell'Art. 76 del DPR 445 del 28-12-2000, le dichiarazioni false o mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- di aver superato tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso previsti dall'Ordinamento del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia cui è iscritto.

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGA, alla presente richiesta:

- elenco degli esami sostenuti,
- copia del documento di riconoscimento.