Al Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia - Napoli

Richiesta di partecipazione al corso di valutazione pratica (TPV)

Il sottoscritto/a_____

(nome) (cognome)

Matricola universitaria A24/_____ nato/a a_____

residente alla via_____ Città_____ CAP _____

email istituzionale _____ telefono_____

immatricolato/a nell'anno accademico_____ al_____ di Corso di Laurea o nell'anno_____ di fuori corso,

CHIEDE

di partecipare al seguente TPV:

I SESSIONE **prenotazione: 1-15 novembre**	**II SESSIONE** **prenotazione: 1-15 febbraio**	**III SESSIONE** **prenotazione: 1-15 maggio**
☐ Area Medica	☐ Area Medica	☐ Area Medica
☐ Area Chirurgica	☐ Area Chirurgica	☐ Area Chirurgica
☐ Area Medicina Generale	☐ Area Medicina Generale	☐ Area Medicina Generale

previsto dall'art. 3 del Decreto Ministeriale 9 maggio 2018, n. 58 (GU n. 126 del 1-6-2018), e recepito dal Regolamento Didattico e dai Regolamenti del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, ai fini del conseguimento del Titolo di Abilitazione.
Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28-12-2000 n. 445, dichiarazioni false o mendaci, documenti falsi, uso di documenti falsi, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- di aver superato tutti gli esami fondamentali del primo, secondo, terzo e quarto anno del Piano degli Studi della Laurea in Medicina e Chirurgia - Napoli.
- di aver n._____ esami da sostenere entro il 30.11.2026, impegnandosi a comunicare l'effettivo superamento/non superamento degli stessi entro la medesima data all'indirizzo mail tpv.medicinanapoli@unicampania.it

In allegato alla richiesta:
- elenco degli esami sostenuti
- elenco degli esami da sostenere
- documento di riconoscimento

Data _____

Firma _____