

**Richiesta di inizio tirocinio
presso il Medico di Medicina
Generale**

**Tirocinio pratico-valutativo per l'Esame di Stato
per l'abilitazione alla professione di Medico
chirurgo**

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Il sottoscritto _____ matr.n° _____
nato a _____ il _____
residente a _____ (prov.) _____
via _____ n° _____
email _____ cellulare _____
iscritto nell'a.a. _____ al _____ anno di corso

Chiede

di iniziare la frequenza al Tirocinio Pratico-Valutativo presso lo studio
del

Dr. _____
Medico di medicina generale, secondo quanto previsto dall'art. 3 DM 9 maggio 2018, n. 58 (GU n.
126 del 1/6/2018),
nel mese di _____

Dichiara

- di aver sostenuto positivamente 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, 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
- di aver contattato il medico e aver concordato con lui la frequenza

ALLEGA, alla presente richiesta, la dichiarazione firmata dal Medico.

Data _____

Firma _____

Tirocinio presso il Medico di Medicina Generale

**Tirocinio pratico-valutativo per l'Esame di Stato
per l'abilitazione alla professione di Medico
chirurgo**

**Corso di Laurea Magistrale in Medicina e
Chirurgia**

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Io sottoscritto Dr. _____

CF _____

Dichiaro

- che lo studente _____
svolgerà il mese di tirocinio pratico-valutativo per l'Esame di Stato per l'abilitazione
alla professione di medico chirurgo presso il mio studio
in via _____ n° _____

nel mese di _____ 20_____ (1 mese)
secondo quanto previsto dall'art. 3 DM 9 maggio 2018, n. 58 (GU n. 126 del 1/6/2018),
secondo quanto stabilito dall'Ordinamento e dal Regolamento didattico del corso di
Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, per l'Esame di Stato di abilitazione
all'esercizio della professione di Medico - Chirurgo

- che lo studente non è mio parente o paziente

Data _____

Firma e timbro del tutor _____