

## Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

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

#### **Tirocinio presso il Medico di Medicina Generale**

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**

\_\_\_\_\_