



Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

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

Richiesta inizio tirocinio presso il Medico di Medicina Generale

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Il sottoscritto _____ matr. n° _____

nato a _____ il _____

residente a _____ (prov.) _____

via _____ n° _____

indirizzo e-mail _____ N° di cellulare _____

iscritto nell'a.a. _____ all'anno di corso _____

CHIEDE

di iniziare la frequenza del mese di 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 periodo dal _____ al _____

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 la dichiarazione firmata dal Medico

DATA _____

FIRMA _____