



Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

**Richiesta di iscrizione al tirocinio dell'esame di Stato per l'abilitazione
alla professione di Medico chirurgo**

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente _____ (prov.) _____
Via _____ n° _____
matricola _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE di iniziare la frequenza al Tirocinio Pratico – Valutativo, per 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.

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.

ALLEGA alla presente richiesta *Dichiarazione sostitutiva di certificazione di iscrizione* e copia di un documento di identità in corso di validità.

DATA _____

FIRMA

Mod 147 Rev_0 del 16.03.2023