



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

**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 sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ (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 di Verona, secondo quanto riportato nel Regolamento Didattico, 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 copia di un valido documento di identità

DICHIARA, altresì, di avere ricevuto il libretto per la valutazione del tirocinio pratico valutativo di Area Chirurgica

Verona, _____

FIRMA _____

Delega

Il/la sig./sig.ra _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____

città _____ Prov. _____

al ritiro del libretto per la valutazione del tirocinio pratico valutativo di Area Chirurgica

Verona, _____

Il delegante _____

Collegio didattico del corso di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia

P.le L.A. Scuro, 10 – 37134 Verona | T: +39 045 8027516

didattica.medicina@ateneo.univr.it

P. IVA 01541040232 | C.F. 93009870234