



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE
Corso di Laurea Magistrale in Medicina e chirurgia

Al Presidente della Scuola di Medicina UPO
Al Direttore del Dipartimento di Medicina Traslazionale
Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

**Richiesta di iscrizione al tirocinio pratico – valutativo presso Medici di Medicina Generale
per l'accesso alla prova dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio
della professione di Medico chirurgo (D.M. n. 58 del 9 maggio 2018)**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ (prov.) _____

indirizzo _____ cell. _____

Matricola _____ indirizzo e-mail _____@studenti.uniupo.it

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.

ESPRIME la propria preferenza (non vincolante) per svolgere il tirocinio presso: _____

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.

ALLEGA, alla presente richiesta, elenco degli esami sostenuti

DATA _____

FIRMA _____