



---

**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 \_\_\_\_\_ 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, elenco degli esami sostenuti e copia di un valido documento di identità

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---