



**Al Prof.
Docente Tutor Coordinatore dell'area
Chirurgica**

Oggetto: Richiesta inizio TIROCINO PRATICO VALUTATIVO – AREA CHIRURGICA

Il sottoscritto _____ matr. n. _____
nato a _____ il ___ / ___ / ___
residente a _____ (prov.: ___)
via _____ n° _____
e-mail _____ cellulare _____
iscritto nell' a.a. ___ / ___ al ___ anno di corso

CHIEDE

di iniziare la frequenza al Tirocinio Pratico Valutativo – Area Medica/Chirurgica/Medicina Generale, secondo quanto previsto dall'art. 3 DM 9 Maggio 2018, n. 58 (GU n. 126 del 1-6-2018) e s.m.i., dall'art. 102, comma 1 nonché dal D.L. n. 18/2020, dall'Ordinamento e dal Regolamento Didattico del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in "Medicine and Surgery".

DICHIARA

di aver sostenuto positivamente tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso previsti dal Regolamento e dal Piano di Studi del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in "Medicine and Surgery" 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, l'elenco degli esami sostenuti e il documento d'identità.

Data ___ / ___ / ___

Firma _____