



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA**

**Richiesta di iscrizione al Tirocinio Pratico-Valutativo per conseguire l'abilitazione
all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo**

Al Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia
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 conseguire l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo, 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.

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.

ACCETTA

di laurearsi avendo acquisito 15 CFU in sovrannumero, riferibili al Tirocinio Pratico-Valutativo, essendo nella posizione di studente fuori corso con obbligo di attenersi al Piano di Studi previsto per la propria coorte di immatricolazione.

ALLEGA

alla presente richiesta, elenco degli esami sostenuti e copia di un valido documento di identità.

Data

FIRMA