



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Ordine dei medici
chirurghi e degli
odontoiatri delle
province di
Firenze, Prato,
Pistoia e Arezzo

**Richiesta di iscrizione al tirocinio dell'esame di Stato
per l'abilitazione alla professione di Medico chirurgo**

Al Presidente della Scuola di Scienze della Salute
Umana e 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 cui è iscritto e di aver frequentato con esito positivo il tirocinio del II semestre del V anno, 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 e che l'Ateneo procederà alle opportune verifiche.

ALLEGA, alla presente richiesta, copia di un valido documento di identità.

DATA

FIRMA