

**DOMANDA TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO
PER ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO**

Redatta secondo l'art.46 D.P.R. 28 /12/ 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____, Matr. _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ e residente in
_____ Prov. _____, Via _____,
Tel. _____ E-mail _____,
iscritto/a per l'A.A. _____ al VI anno (in corso/FC) del CdLM in Medicina e Chirurgia,

CHIEDE

di svolgere il TPV pre-laurea, secondo quanto previsto dal D.M. 58/2018

A tal fine dichiara:

- di avere sostenuto tutti gli esami previsti dal piano di studi al IV anno (ad eccezione della Neurologia e della Psichiatria);
- di dovere sostenere un massimo di 6 esami (ad esclusione delle valutazioni inerenti i tirocini professionalizzanti e le attività didattiche elettive) alla data di presentazione della presente domanda;
- di volere presentare domanda di laurea per la Sessione di _____

Il sottoscritto specifica che, qualora possibile, ai fini della frequenza del periodo previsto opterebbe per:

Medicina Generale, sede di* _____

Area Medica** _____

Area Chirurgica** _____

Luogo e data,

Il Dichiarante

*indicare la città di preferenza

** indicare il nominativo del docente