

**Richiesta di inizio tirocinio  
presso il Medico di Medicina  
Generale**

**Tirocinio pratico-valutativo per l'Esame di Stato  
per l'abilitazione alla professione di Medico  
chirurgo**

**Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matr.n° \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
iscritto nell'a.a. \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso

Chiede

di iniziare la frequenza al Tirocinio Pratico-Valutativo presso lo studio  
del

Dr. \_\_\_\_\_  
Medico di medicina generale, secondo quanto previsto dall'art. 3 DM 9 maggio 2018, n. 58 (GU n.  
126 del 1/6/2018),  
nel mese di \_\_\_\_\_

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
- di aver contattato il medico e aver concordato con lui la frequenza

ALLEGA, alla presente richiesta, la dichiarazione firmata dal Medico.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Tirocinio presso il Medico di Medicina Generale**

**Tirocinio pratico-valutativo per l'Esame di Stato  
per l'abilitazione alla professione di Medico  
chirurgo**

**Corso di Laurea Magistrale in Medicina e  
Chirurgia**

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Io sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Dichiaro

- che lo studente \_\_\_\_\_  
svolgerà il mese di tirocinio pratico-valutativo per l'Esame di Stato per l'abilitazione  
alla professione di medico chirurgo presso il mio studio  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

nel mese di \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ (1 mese)  
secondo 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

- che lo studente non è mio parente o paziente

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del tutor \_\_\_\_\_