

Università degli  
studi di TRIESTE



DIPARTIMENTO DI  
SCIENZE MEDICHE,  
CHIRURGICHE E  
DELLA SALUTE



Ordine dei  
medici  
chirurghi e  
degli  
odontoiatri  
della  
provincia di  
GORIZIA e  
TRIESTE



### **Richiesta di iscrizione al tirocinio pratico valutativo**

### **per l'abilitazione alla professione di Medico chirurgo**

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, ai sensi dell'articolo 102, comma 1, del decreto legge n. 18/2020, secondo quanto stabilito dall'Ordinamento e dal Regolamento didattico del corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo, previo superamento dell'esame finale del tirocinio del 6° anno.

**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.

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

**DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_