



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE

Modulo A) richiesta TPVES extra regione Molise

Il sottoscritto nome..... cognome..... Numero di matricola..... Coorte.....

O iscritto al anno del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia

O laureato in Medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi del Molise

CHIEDE

Di poter effettuare il Tirocinio Pratico Valutativo per l'Esame di Stato (TPVES) per la seguente area:

O area medica: indicare numero di ore

O area chirurgica: indicare numero di ore

O MMG: indicare numero di ore

Presso:.....
.....
.....

Nel caso di tirocinio MMG indicare i seguenti dati del medico che ha offerto la sua disponibilità a ricoprire la figura di tutor:

Nome Cognome

luogo e data di nascita e-mail recapito telefonico

..... iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di

.....con numero

firma del richiedente

data

N.B.: il medico tutor deve dichiarare di possedere i requisiti richiesti per poter svolgere tale funzione

Note per lo studente che richiede l'effettuazione del tirocinio secondo le modalità stabilite nella seduta del Senato accademico del 25 marzo 2020: una volta compilato il modulo A) è necessario che lo studente faccia compilare al medico tutor apposito modulo B) che dovrà essere poi inviato a: tirocinioCdLMedicina@unimol.it

