



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE "V. TIBERIO"

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

Al Direttore del Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute

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 \_\_\_\_\_@studenti.unimol.it

**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 ed i tirocini (sono esclusi afaas e i test idoneativi di lingua inglese e di informatica) relativi ai primi quattro anni di corso previsti dall'Ordinamento del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia cui è iscritto.

**ALLEGA** alla presente richiesta dichiarazione sostitutiva degli esami sostenuti e copia di un valido documento di identità.

**AUTORIZZA** il trattamento dei suoi dati personali, ai sensi del D.Lgs 196 del 30/06/2003 e dell'art. 13 GDPR 697/2016.

Campobasso, \_\_\_\_\_

Lo studente