



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE "VINCENZO TIBERIO"

Al Direttore del Dipartimento di Medicina e
Scienze della Salute "V. Tiberio"
Al Presidente del Consiglio del Corso di Laurea
Magistrale in Medicina e Chirurgia

Oggetto: Dichiarazione per inizio attività di tirocinio

Il/La sottoscritto/a _____ iscritto/a al ____ anno del Corso di Laurea
Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia, Coorte _____ / _____ matricola _____
e-mail: _____ @studenti.unimol.it – cell: _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia (ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000):

DICHIARA

- di aver acquisito tutti i CFU relativi all'insegnamento di Anatomia (SSD BIO/16) previsti nel proprio piano di studio;
- di essere in possesso dell'attestato di partecipazione al Corso di formazione sulla sicurezza nell'ambiente e nei luoghi di lavoro – rischio base;
- di essere in possesso dell'attestato di partecipazione al Corso di formazione sulla sicurezza nell'ambiente e nei luoghi di lavoro – rischio specifico;
- di essersi sottoposto in data ____/____/____ a visita medica eseguita dal Medico competente dell'ASReM e di aver conseguito l'idoneità a svolgere l'attività di tirocinio;

CHIEDE

- di essere ammesso a svolgere l'attività di tirocinio prevista al III anno del proprio percorso formativo.

Si allega alla presente dichiarazione copia di un valido documento di riconoscimento.

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

Firma

Data _____

