

TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO AI FINI DELL'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO

Alla Cortese Attenzione del Coordinatore del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Il/La sottoscritto/a **Dott./Dott.ssa** _____, **Medico di
Medicina Generale**, con studio in Via _____,
Comune di _____ Provincia _____ - recapito mail: _____;
in riferimento al Tirocinio pratico-Valutativo del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, nello specifico ambito della Medicina Generale, e
conformemente ai requisiti previsti dall'art. 27, comma 3, del decreto legislativo 17/08/1999, n. 368,

D I C H I A R A

La propria disponibilità a far svolgere presso il proprio studio, il periodo di tirocinio nell'ambito
della Medicina Generale, allo/a studente/studentessa di seguito indicato:

Matricola	Cognome	Nome

Data _____

Firma
