



DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale: …………………………… - 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_