



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI "FEDERICO II"
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO AI FINI
DELL'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI
MEDICO-CHIRURGO (D.M. 58/2018)**

Il/La sottoscritto/a (Cognome/Nome) _____, matricola _____,
nato/a a _____, prov. _____, il _____, residente a
_____, prov. _____, via _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a al Tirocinio Pratico-Valutativo ai fini dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico
Chirurgo, secondo quanto previsto dall'art. 3 del D.M. 58/2018 e successive disposizioni legislative, che si svolgerà nel
periodo _____.

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi
speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di essere iscritto/a al VI anno (in corso/fuori corso) del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e
Chirurgia presso l'Università degli Studi di Napoli "Federico II";
- di avere sostenuto positivamente tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso previsti
dall'ordinamento;
- di volere presentare domanda di laurea per la sessione di _____.

Allega alla presente ricevuta di pagamento di € 49,58 sul CC n. 1016, intestato a AGENZIA DELLE ENTRATE
causale TASSE SCOLASTICHE e copia di un documento di identità personale in corso di validità.

Luogo e data

Napoli, _____

Firma
