SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA

Ordine Medici - Chirurghi e Odontoiatri

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 previsto per il mese di febbraio 2023, allo/a studente/studentessa di seguito indicato:

Matricola	Cognome	Nome

Data _____ Firma

_____