



Sapienza Università
di Roma

FACOLTÀ DI MEDICINA E PSICOLOGIA

Ordine dei medici
chirurghi e degli
odontoiatri della
provincia di
ROMA



**Richiesta di iscrizione al tirocinio dell'esame di Stato
per l'abilitazione alla professione di Medico chirurgo**

Al Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia Prof. Erino Angelo Rendina

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia Prof. Antonio Filippini

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ (prov.) _____

via _____ n° _____

Matricola _____ indirizzo e-mail _____

Recapito Telefonico: Cellulare n.

Richiedo come inizio Tirocinio Area.....

Intendo Laurearmi nella sessione del.....

CHIEDE di iniziare la frequenza al Tirocinio Pratico-Valutativo, per quanto previsto dall'art. 3 DM 9 Maggio 2018, n. 58 (GU n. 126 del 1-6-2018), secondo quanto stabilito dall'Ordinamento e dal Regolamento didattico del corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, per l'Esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico-chirurgo.

DICHIARA di aver sostenuto positivamente tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso previsti dall'Ordinamento del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia cui è iscritto, consapevole che, ai sensi dell'Art. 76 del DPR 445 del 28-12-2000, le dichiarazioni false o mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

ALLEGA, alla presente richiesta, elenco degli esami sostenuti e copia di un valido documento di identità e inviare il tutto al seguente indirizzo di posta: segrstud.medicina2@uniroma1.it

DATA

FIRMA