



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

*Corso di Laurea Magistrale
Medicine and Surgery "F"*



Al Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia F

Sapienza, Università di Roma

ANNO ACCADEMICO 20__ / 20__

Il/La sottoscritto _____ matr. _____

nato a _____ il _____ residente in _____

tel. _____ indirizzo e-mail _____

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

*Secondo il regolamento di Facoltà nel caso in cui venga richiesto di svolgere parte del TPVES nell'ambito del programma Erasmus/Erasmus traineeship il RAM verificherà preventivamente la presenza ed il numero di ore di attività professionalizzante in Area Medica e in Area Chirurgica e stabilirà i CFU che verranno riconosciuti.

Roma, ___/___/_____ Firma _____

