



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO AI
FINI DELL'ESAME DI STATO PER L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO
DELLA PROFESSIONE MEDICO CHIRURGICA**

Al Presidente del **Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia "D"** della **Facoltà di
Medicina e Chirurgia dell'Ateneo "La Sapienza" di Roma**

Alla Segreteria didattica del **Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia "D"** della
Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo "La Sapienza" di Roma

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (prov.)

via _____ n° _____

cell. _____ e-mail _____ @studenti.uniroma1.it

iscritto/a al _____ anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia "D", n. matr.

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.

Roma _____

(firma leggibile dello studente)

- 1) *Salvare OBBLIGATORIAMENTE il file con: COGNOME_domanda TPVES;*
- 2) *Salvare la copia del certificato degli esami scaricabile da infostud senza marca da bollo con: COGNOME_infostud;*
- 3) *Documento valido di riconoscimento;*
- 4) *Inviare in PDF (insieme alla copia del certificato di infostud e alla autocertificazione) all'indirizzo: clmdtpves@gmail.com*