



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 - (ERASMUS/TRAINEESHIP)

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.

Indicare sede borsa **ERASMUS/TRAINEESHIP** _____

Roma _____

(firma leggibile dello studente)

- 1) *Salvare OBBLIGATORIAMENTE il file con: COGNOME_domanda TPVES erasmus/traineeship;*
- 2) *Salvare la copia del certificato degli esami scaricabile da infostud senza marca da bollo con: COGNOME_infostud;*
- 3) *Documento valido di riconoscimento;*
- 4) *Learning agreement;*
- 5) *Inviare in PDF (insieme alla copia del certificato di infostud e alla autocertificazione) all'indirizzo: clmdtpves@gmail.com, roberto.cangemi@uniroma1.it maryanna.venneri@uniroma1.it*