



**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](mailto:clmdtpves@gmail.com), [roberto.cangemi@uniroma1.it](mailto:roberto.cangemi@uniroma1.it) [maryanna.venneri@uniroma1.it](mailto:maryanna.venneri@uniroma1.it), [francesco.pallotti@uniroma1.it](mailto:francesco.pallotti@uniroma1.it)*