



UNIVERSITÀ  
di **VERONA**

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

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Matricola \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI INIZIARE LA FREQUENZA AL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO  
DI AREA MEDICA,**

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 completato in data..... il superamento di tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso previsti dall'Ordinamento del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia di Verona, secondo quanto riportato nel Regolamento Didattico, 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 copia di un valido documento di identità.

**DICHIARA**, altresì, di avere ricevuto il libretto per la valutazione del tirocinio pratico valutativo di Area Medica.

Verona, \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Delega**

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
al ritiro del libretto per la valutazione del tirocinio pratico valutativo di Area Chirurgica.

Verona, \_\_\_\_\_ Il delegante \_\_\_\_\_

**Collegio didattico del corso di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia**

P.le L.A. Scuro, 10 – 37134 Verona | T: +39 045 8027516

didattica.medicina@ateneo.univr.it

P. IVA 01541040232 | C.F. 93009870234