

ALLEGATO 2

IMMATRICOLAZIONE, TITOLO TESI, FREQUENZA TIROCINI

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO ABILITANTE ALLA PROFESSIONE MEDICO CHIRURGO

SPAZIO PER
INSERIRE
UNA
FOTOGRAFIA
RECENTE

Il / la sottoscritto/ a _____
cognome _____ nome _____
nato/a a _____ (_____) nazione _____
comune _____ prov. _____
cittadinanza _____ il _____ residente _____
(_____) C.A.P. _____ via _____ n. _____ domiciliato _____
_____ (_____) C.A.P. _____ via _____
n. _____ numeri telefonici _____
e-mail _____ codice fiscale _____

Il sottoscritto **dichiara** (D.P.R. 445 del 28/12/2000, artt. 46, 47, 75 e 76) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti:

di **essersi immatricolato** nel mese _____ anno _____;
(CAMPO DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE)

di aver presentato la seguente **tesi di laurea** (titolo della tesi) _____

cattedra/reparto dove è stata svolta _____

(CAMPO DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE)

di aver frequentato durante i corsi elettivi i seguenti tirocini

DISCIPLINA	LUOGO SVOLTO	RESPONSABILE	DURATA IN GIORNI
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			

di **aver preso visione** dell'Avviso nonché delle cause di esclusione indicate e nel regolamento decreto 19 ottobre 2001, n. 445 ed eventuali integrazioni, per l'ammissione al tirocinio abilitante all'esercizio della professione di medico chirurgo;
(CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE)

di **prendere atto** che l'ammissione al tirocinio, per i possessori di laurea conseguita presso altre sedi è subordinata alla capienza delle strutture ove s'intende svolgere il tirocinio (D.M. 445/2001 art.2 comma 3) e che l'eventuale rigetto dell'istanza potrà essere comunicato dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle domande di ammissione (art. 3 comma 3 dell'Avviso)

Luogo e data,

Firma _____