

## Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia – sede di Caserta

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale  
in Medicina e Chirurgia – sede di Caserta

**Oggetto: Richiesta partecipazione al Tirocinio Pratico Valutativo Medico, Chirurgico e di Medicina di base, per l’acquisizione della Laurea abilitante in Medicina e Chirurgia.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr.A23/\_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
N. tel. \_\_\_\_\_ iscritto nell’A.A. \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso,  
oppure al \_\_\_\_\_ fuori corso del Corso di Studio \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare al Tirocinio Pratico Valutativo di:

- Area Medica
- Area Chirurgica
- Area di Medicina di base

previsto dall’art. 3 del DM 9 Maggio 2018, n. 58 (GU n. 126 del 1-6-2018), e recepito dall’Ordinamento e dal Regolamento didattico del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, ai fini del conseguimento della Laurea Abilitante.

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,

### DICHIARA

di aver superato tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso previsti dall’Ordinamento del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia cui è iscritto.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

ALLEGA, alla presente richiesta:

- *dichiarazione sostitutiva di certificazione degli esami sostenuti, scaricabile dal profilo personale web studenti nella piattaforma ESSE3, debitamente sottoscritta,*
- *copia del documento di riconoscimento.*