



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE  
Corso di Laurea Magistrale in Medicina e chirurgia

**Richiesta di iscrizione al tirocinio pratico – valutativo per l'accesso alla prova dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico chirurgo (D.M. n. 58 del 9 maggio 2018)**

Al Presidente della Scuola di Medicina UPO  
Al Direttore del Dipartimento di Medicina Traslazionale  
Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_@[studenti.uniupo.it](mailto:studenti.uniupo.it)

**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.

**DICHIARA** di aver sostenuto positivamente 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, 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 richiesta, elenco degli esami sostenuti e copia di un valido documento di identità

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_