



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA**

MODULO PER STUDENTI CON PIANO INDIVIDUALE

Richiesta di iscrizione al Tirocinio Pratico-Valutativo per conseguire l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo

Al Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia
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 per conseguire l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo, 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.

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.

ACCETTA

di laurearsi con il proprio piano individuale, previsto per chi ha anticipato esami nell'ambito della mobilità internazionale, acquisendo, ove previsto, cfu in sovrannumero relativi al Tirocinio Pratico-Valutativo.

ALLEGA

alla presente richiesta, elenco degli esami sostenuti e copia di un valido documento di identità.

Data



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA**

FIRMA