



MODULO A
TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO POST-LAUREA ABILITANTE
ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI MEDICO CHIRURGO
(scrivere in stampatello)

Il/La sottoscritto/a, _____ conferma quanto dichiarato nella domanda di
cognome nome

ammissione on-line al tirocinio pratico valutativo post-laurea per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo e, **avendo preso visione dell'elenco delle Aziende Ospedaliere convenzionate** ed essendo a conoscenza che i reparti ed i posti per lo svolgimento del tirocinio pratico valutativo vengono assegnati secondo le modalità previste dal regolamento per lo svolgimento dello stesso e che **non possono, per alcun motivo, essere fatte richieste di sostituzione dei tutors assegnati e di variazione dei reparti assegnati**:

- **Dichiara** sotto la propria responsabilità, ai dell'art. 45 del D.P.R. n. 445/2000, art. 15 della Legge n. 183 del 20/11/2011:

di avere la propria **Residenza**:

_____ via

_____ c.a.p.

_____ città

di essersi **laureato/a in Medicina e Chirurgia**

presso l'Università degli Studi di Brescia in data _____, con voto _____;

di essere **laureando/a in Medicina e Chirurgia**

presso l'Università degli Studi di Brescia e di aver presentato in data _____, presso la Segreteria Studenti, la domanda di partecipazione all'esame di laurea previsto per il giorno _____;

- **Dichiara** inoltre di aver presentato per la discussione il seguente titolo di tesi di laurea

_____ e di avere elaborato la tesi presso la cattedra/reparto di:

_____ con relatore il Prof. _____ e correlatore il Prof./Dott. _____;

- **Dichiara** che il proprio **medico di base** è il Dott. _____

il quale esercita la professione presso lo studio di via _____ n. _____
nella città di _____ (prov. _____).

Brescia, _____

FIRMA DEL TIROCINANTE