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.
- ☐ di avere n.____ esami da sostenere entro il 28.11.2025, impegnandosi a comunicare l'effettivo superamento/non superamento degli stessi entro la medesima data all'indirizzo di posta elettronica cdlce.medicina@unicampania.it

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.*