

Al Magnifico Rettore, Prof. _____

Università degli Studi di _____

**MODULO DI RICHIESTA PER SOSTENERE
L'ESAME DI ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE MEDICA
(SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

GENERALITÀ			
1. <i>NOME</i> (COGNOME)		(NOME)	
3. <i>LUOGO DI NASCITA</i> (CITTÀ, PAESE)		4. <i>DATA DI NASCITA</i> (G/M/A)	
5. <i>INDIRIZZO per CORRISPONDENZA attinente all'ESAME di STATO</i> (VIA) (NUMERO)			
(CITTÀ)		(C.A.P.)	
6. <i>TELEFONO -FISSO</i> (PREFISSO) (NUMERO)		7. <i>TELEFONO</i> (CELLULARE)	
8. <i>INDIRIZZO PERMANENTE</i> (VIA) (NUMERO)			
(CITTÀ)		(C.A.P.)	
9. <i>DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO</i> (TIPO)		(NUMERO)	

2.

SPAZIO PER INSERIRE
UNA
FOTOGRAFIA RECENTE

10. FACOLTÀ DI MEDICINA FREQUENTATA	
A. <i>FACOLTA' DI MEDICINA</i> (NOME)	
B. <i>MESE/ANNO DI IMMATRICOLAZIONE</i>	C. <i>MESE/ANNO DI LAUREA</i>

11. TESI	
A. <i>TITOLO</i>	
B. <i>CATTEDRA/REPARTO DOVE SVOLTA</i>	

12. TIROCINI FREQUENTATI DURANTE I CORSI ELETTIVI			
<i>DISCIPLINA</i>	<i>LUOGO SVOLTO</i>	<i>RESPONSABILE</i>	<i>DURATA IN GIORNI</i>
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			

13. SCELTA DELLA SEDE DOVE SOSTENERE LA PROVA SCRITTA

Firma *e-mail* *Data*

NON SCRIVERE IN QUESTA SEZIONE

14. ASSEGNAZIONE DELLE ROTAZIONI CLINICHE				
<i>ROTAZIONE</i>	<i>ISTITUTO/REPARTO</i>	<i>SEDE /INDIRIZZO</i>	<i>RESPONSABILE</i>	<i>VOTO/30</i>
MEDICINA :				
CHIRURGIA :				
MED. DI FAMIGLIA :	-----			
TOTALE /90				

Firma del Presidente della "Commissione Esame di Stato": _____