

**MODULO RICHIESTA PER SOSTENERE
L'ESAME DI ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE MEDICA**
(MODULO PER LA COMMISSIONE)

GENERALITÀ		
<i>cognome</i>		<i>nome</i>
<i>data di nascita</i>	<i>comune di nascita</i>	<i>provincia o stato di nascita</i>
<i>via/piazza (indirizzo per corrispondenza attinente all'Esame di Stato)</i>		<i>C.A.P.</i>
<i>Comune</i>	<i>Provincia</i>	
<i>tel. fisso</i>	<i>cellulare</i>	<i>e-mail:</i>
dati indispensabili per eventuali comunicazioni urgenti.		
Documento di riconoscimento: TIPO _____		NUMERO _____

SPAZIO PER INSERIRE
UNA
FOTOGRAFIA RECENTE

SEDE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA FREQUENTATA	
<input type="checkbox"/> di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia	<input type="checkbox"/> oppure <input type="checkbox"/> che intende conseguire la laurea in Medicina e Chirurgia
presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ A.A. di immatricolazione _____	

TESI
TITOLO _____
CATTEDRA / REPARTO DOVE È STATA SVOLTA _____

TIROCINI FREQUENTATI DURANTE I CORSI ELETTIVI			
DISCIPLINA	LUOGO	RESPONSABILE	DURATA IN GIORNI
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			

SCELTA DELLA SEDE DOVE SOSTENERE LA PROVA SCRITTA

Firma _____

e-mail _____

Data _____

Non Scrivere in Questa Sezione				
ASSEGNAZIONE DELLE ROTAZIONI CLINICHE				
ROTAZIONE	ISTITUTO / REPARTO	SEDE / INDIRIZZO	RESPONSABILE	VOTO /30
MEDICINA:				
CHIRURGIA:				
MED. DI FAMIGLIA:				
				TOTALE /90

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