

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

<b>GENERALITÀ</b>			
<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>SPAZIO PER INSERIRE UNA FOTOGRAFIA RECENTE</p> </div>	
<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 _____			

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

<b>TESI</b>
<i>TITOLO</i>
<i>CATTEDRA / REPARTO DOVE È STATA SVOLTA</i>

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

<b>SCELTA DELLA SEDE DOVE SOSTENERE LA PROVA SCRITTA</b>

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_  
*Firma*
*e-mail*
*Data*

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

Firma del Presidente della "Commissione Esame di Stato": \_\_\_\_\_