

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE DICHIARAZIONI

(MODULO PER LA COMMISSIONE)

<b>GENERALITÀ</b>		<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; width: 150px; margin: auto;">                 SPAZIO PER INSERIRE UNA FOTOGRAFIA RECENTE             </div>	
<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 _____	

<b>SEDE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA FREQUENTATA</b>	
<input type="checkbox"/> di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia	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 _____	

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

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

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

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