

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. NOME (COGNOME)		(NOME)	
3. LUOGO DI NASCITA (CITTÀ, PAESE)		4. DATA DI NASCITA (G/M/A)	
5. INDIRIZZO per CORRISPONDENZA attinente all'ESAME di STATO (VIA) (NUMERO)			
(CITTÀ)		(C.A.P.)	
6. TELEFONO -FISSO (PREFISSO) (NUMERO)		7. TELEFONO (CELLULARE)	
8. INDIRIZZO PERMANENTE (VIA) (NUMERO)			
(CITTÀ)		(C.A.P.)	
9. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (TIPO)		(NUMERO)	
2. SPAZIO PER INSERIRE UNA FOTOGRAFIA RECENTE			

10. FACOLTÀ DI MEDICINA FREQUENTATA	
A. FACOLTÀ DI MEDICINA (NOME)	
B. MESE/ANNO DI IMMATRICOLAZIONE	C. MESE/ANNO DI LAUREA

11. TESI
A. TITOLO
B. CATTEDRA/REPARTO DOVE SVOLTA

12. TIROCINI FREQUENTATI DURANTE I CORSI ELETTIVI			
DISCIPLINA	LUOGO SVOLTO	RESPONSABILE	DURATA IN GIORNI
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				
ROTAZIONE	ISTITUTO/REPARTO	SEDE /INDIRIZZO	RESPONSABILE	VOTO /30
MEDICINA :				
CHIRURGIA :				
MED. DI FAMIGLIA :	-----			
TOTALE /90				

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