



## **Domanda di inizio dei Tirocini Pratici Valutativi per l'Esame di Stato (TPVES)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, telefono  
\_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, regolarmente iscritto/a al \_\_\_\_\_ di corso/fuori  
corso del CdLM in Medicina e chirurgia, matricola n. \_\_\_\_\_,  
consapevole del fatto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del  
codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR  
n. 445/2000,

- DICHIARA di aver sostenuto positivamente tutti gli esami relativi ai primi quattro anni di corso;
- CHIEDE il rilascio dei libretti per i TPVES;
- DICHIARA di aver concordato con i seguenti tutor il periodo di svolgimento di tali tirocini come di seguito riportato:

### **Area medica**

Reparto \_\_\_\_\_

Direttore della SOC \_\_\_\_\_

Tutor \_\_\_\_\_

Indirizzo mail Tutor \_\_\_\_\_

*Firma per accettazione del Direttore della SOC* \_\_\_\_\_



**Area chirurgica**

Reparto \_\_\_\_\_

Direttore della SOC \_\_\_\_\_

Tutor \_\_\_\_\_

Indirizzo mail Tutor \_\_\_\_\_

*Firma per accettazione del Direttore della SOC* \_\_\_\_\_

**Area Medicina Generale**

Tutor \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Indirizzo mail Tutor \_\_\_\_\_

*Firma per accettazione del Tutor* \_\_\_\_\_

Allega alla presente richiesta copia di un valido documento di identità.

Udine, \_\_\_\_\_

*Firma dello studente* \_\_\_\_\_