



UNIVERSITÀ degli STUDI MAGNA GRÆCIA di CATANZARO

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi *Magna Graecia* di
Catanzaro
Viale Europa - Campus universitario "S:
Venuta"
88100 - CATANZARO

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ (prov. _____)
il _____, residente a _____ (prov. _____)
in via _____, domiciliat _____ a _____ (prov. _____)
in via _____ (C.A.P. _____) Tel. _____ e-mail _____
C.F. _____ - N. matricola _____ (solo per i laureati nella sede di Catanzaro)

Sede di preferenza per lo svolgimento del tirocinio pratico valutativo:

- Tirocinio ospedaliero (*Opzioni: Catanzaro, Cosenza, Crotona, Reggio Calabria*)

Città: _____

- Tirocinio di Medicina Generale:

Città: _____ Prov.: _____

Della suddetta preferenza si terrà conto compatibilmente con la disponibilità delle strutture.

Non è possibile cambiare la sede assegnata, salvo che in caso di prolungato impedimento da parte del tutore/valutatore.

C H I E D E

di essere ammesso a sostenere nella _____ sessione dell'anno _____ gli esami di Stato di abilitazione alla professione di medico chirurgo.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000:

A. di non aver presentato domanda di ammissione all'esame di Stato di abilitazione in altra sede per la presente sessione;

B. (*barrare le caselle di interesse*):

di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi _____ di _____ in data _____ con la votazione di _____;

Tipologia del titolo di studio:

laurea di Ordinamento didattico previgente al D.M. n. 509/1999 in Medicina e Chirurgia;



UNIVERSITÀ degli STUDI MAGNA GRÆCIA di CATANZARO

- laurea specialistica in Medicina e Chirurgia – Classe 46/S;
 laurea magistrale in Medicina e Chirurgia – Classe LM - 41;

di essere laureando/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi _____ di _____ e di avere presentato in data _____, presso la Segreteria Studenti, la domanda di partecipazione all'esame di laurea previsto per il giorno _____;

C. (*barrare le caselle di interesse*)

- di sostenere l'esame di Stato di abilitazione alla professione di medico chirurgo per la prima volta;
- di avere sostenuto con esito negativo l'esame di Stato nella ___ sessione dell'anno _____ presso l'Università _____ di _____;
- di essere risultato/a assente, nella _____ sessione dell'anno _____, presso l'Università _____ di _____.
- di non essere portatore di handicap;
- di essere portatore di handicap e di avere necessità del seguente ausilio o dei seguenti tempi aggiuntivi per la prova di esame:

ALLEGA

- 1) ricevuta del versamento di € 49,58 sul c/c postale n. 1016 intestato a Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara (cedola con la causale del versamento) - Causale : Partecipazione esame di Stato di abilitazione alla professione di medico chirurgo – anno 2013 – sessione _____;
- 2) ricevuta del versamento di € 206,58 sul c/c postale n. 855882 intestato a Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro (cedola con la causale del versamento). Causale: Partecipazione esame di Stato di abilitazione alla professione di medico chirurgo – anno 2013 – sessione _____;
- 3) fotocopia di un documento d'identità con sottoscrizione in originale.

Data

Firma

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che i dati personali forniti con la presente domanda e con i relativi allegati, nonché quelli eventualmente acquisiti nel prosieguo del corso di dottorato, saranno oggetto di trattamento, da parte dell'Università, nell'osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal D.lgs. 30/06/2003, n. 196 (*Codice in materia di protezione dei dati personali*).

Data

Firma
