



Mod. A

**Domanda per il sostenimento del Tirocinio pratico valutativo
MEDICO CHIRURGO
(non vincolante per la Commissione Paritetica)**

(scrivere in stampatello)

GENERALITA'

| |
|---------|
| COGNOME |
| NOME |

CHIEDE DI POTER EFFETTUARE IL TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO PRESSO:
(indicare una sola opzione)

la propria residenza

_____ via città c.a.p.

il seguente domicilio

_____ via città c.a.p.

- valido indirizzo di posta elettronica _____
(obbligatorio e leggibile)

- recapiti telefonici (cell. e fisso) _____
(obbligatori e leggibili)

FIRMA DEL TIROCINANTE
