

Mod. A

**Domanda per il sostenimento del Tirocinio pratico valutativo
MEDICO CHIRURGO - 2014
(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.

FIRMA DEL TIROCINANTE
