

Mod. A

**Domanda per il sostenimento del Tirocinio pratico valutativo  
MEDICO CHIRURGO - 2015  
(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.

Indirizzo mail per le comunicazioni \_\_\_\_\_  
(campo obbligatorio)

Numeri tel/cellulare \_\_\_\_\_  
(campo obbligatorio)

FIRMA DEL TIROCINANTE

\_\_\_\_\_