

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
