

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

\_\_\_\_\_