

Al Sig. Presidente  
della Commissione esaminatrice relativa agli esami di abilitazione alla professione di medico chirurgo,  
prevista dall'articolo 3 del D.M. n.445 del 19 Ottobre 2001  
presso l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina  
Via Bergamo is. 47/A - 98124 MESSINA

Il/La sottoscritto/a Dott. ....

nato/a a ..... prov. .... il .....

residente a ..... prov. ....

Via ..... n. .... CAP .....

Tel. .... cell. .... avendo presentato domanda di  
ammissione alla seconda sessione 2012 concernente gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della  
professione di medico chirurgo, C H I E D E, qualora sussistano le condizioni, di effettuare il tirocinio  
pratico/clinico previsto dall'art.2 del decreto del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca n.445  
del 19 ottobre 2001, così come appresso indicato:

**Periodo di un mese da svolgere presso un reparto di chirurgia del Policlinico Universitario di Messina:**  
denominazione del Reparto

.....

nominativo del tutor (qualora disponibile) a cui essere assegnato

.....

**Periodo di un mese da svolgere presso un reparto di clinica medica del Policlinico Universitario di Messina:**  
denominazione del Reparto

.....

nominativo del tutor (qualora disponibile) a cui essere assegnato

.....

**Periodo di un mese da svolgere presso lo studio di un medico di medicina generale, iscritto all'Albo  
dell'Ordine provinciale dei Medici di Messina, convenzionato con il servizio sanitario nazionale ed avente i  
requisiti previsti dal comma 3 dell'articolo 27 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n.368.**

nominativo del tutor (qualora disponibile) a cui essere assegnato

.....

Il/La sottoscritto/a dichiara di prendere atto che la presente istanza non è in alcun modo impegnativa per la  
Commissione e che l'eventuale impossibilità di assegnazione richiesta sarà avvicinata con altra fatta  
d'ufficio in relazione alla disponibilità dei tutor. Nel caso di assegnazione al medico di medicina generale,  
verrà tenuta in debita considerazione la distanza tra l'ubicazione dello studio medico e quello dell'indirizzo di  
residenza indicato nella presente istanza.

Data.....

Firma.....