

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/domiciliato a prov.

Via n. CAP

Tel. cell. avendo presentato all'Ufficio protocollo dell'Università degli Studi di Messina, in data/...../....., istanza di ammissione alla prima sessione 2014 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 d'ufficio al medico di medicina generale, verrà tenuta in debita considerazione la distanza tra l'ubicazione dello studio medico e quello dell'indirizzo di residenza/domicilio indicato nella presente istanza.

Data.....

Firma.....