



UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" CHIETI – PESCARA  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA  
Corso di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia

**TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO PER ESAME DI STATO (TPVES)**

**FREQUENZA PRESSO STUDIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Io sottoscritto/sottoscritta .....  
(cognome) (nome)

nato/a il ...../...../..... a ..... residente in .....  
(città e provincia)

.....  
(indirizzo completo)

tel ...../..... cell ...../..... eMail .....@.....  
**(OBBLIGATORIO Utilizzo Mail istituzionale di Ateneo)**

studente/studentessa del Corso di Laurea **Magistrale** di Medicina e Chirurgia iscritto/a per l' a.a. 20...../20.....

al 6° anno  in corso  .... fuori corso  .... ripetente

con matricola n° .....

**ATTESTO**

che il/la Dott/Dott.ssa .....  
(cognome) (nome)

con studio in .....  
(indirizzo) (città e provincia)

presso il quale chiedo di svolgere le attività di tirocinio TPVES, per un periodo di **4 settimane (100 ore=5 CFU)**

a partire da ..... /..... /.....

**1 - non è il mio Medico di Medicina Generale;**

**2 - non è il Medico di Medicina Generale dei miei familiari (fino al grado di nonno);**

**3 - non ha rapporti di parentela con la mia famiglia.**

Chieti, li ..... /..... /.....

In fede .....  
(firma leggibile)