Università degli studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

## Richiesta di iscrizione al Tirocinio Pratico Valutativo per l'Esame di Stato (TPVES)

## per l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

La/Il sottoscritta/o _____

Nata/o a (*città*) _____ (*prov. di*) _____ il ____ /____ /_____

residente in (*città*) _____ (*prov. di*) _____

in via _____ n° civico _____

iscritta/o nell'A.A. 20___ /20___ al (*barrare l'anno di corso corretto*) **5°** **6°** anno di corso dell'**Ord. LM41** con n° di

matricola _____ in posizione di (*barrare la voce corretta*): **IC** (*In Corso*), **RI** (*Ripetente*), **FC** (*Fuori Corso*) o **TP** (*a Tempo Parziale*), con indirizzo e-mail istituzionale di Ateneo _____***@studenti.unich.it***

e cellulare +39 _____

**CHIEDE**

di iniziare la frequenza al Tirocinio Pratico-Valutativo per l'Esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo, previsto dall'***art. 3 del DM del 9 maggio 2018, n. 58 (GU n. 126 del 1-6-2018)***, dall'***art.102 del DL del 17 marzo 2020, n. 18***, dal ***DM 02 aprile 2020, n. 8***, dall'***art. 6, comma 2, del DL 08 aprile 2020, n. 22*** e dal ***DM 09 aprile 2020, n. 12***

**DICHIARA**

1. di aver sostenuto positivamente **tutti gli esami fondamentali relativi ai primi quattro anni di corso** previsti dall'Ordinamento cui è iscritto, consapevole che, ai sensi dell'Art. 76 del DPR 445 del 28-12-2000, le dichiarazioni false o mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia;
2. di accettare di ripetere la frequenza delle attività di tirocinio in area medica e chirurgica ed eventualmente dell'area di medicina generale in sovrannumero rispetto a CFU già frequentati ai fini dei relativi esami dei corsi integrati a cui appartengono o ai fini dei tirocini professionalizzanti non inseriti nei corsi integrati.
3. di essere in possesso dell'**attestazione di frequenza del Corso sulla Sicurezza**.
4. di aver acquisito il **giudizio d'idoneità** nell'ambito della **Sorveglianza Sanitaria di Ateneo** ai sensi del **D. Lgs. 81/2008 e s.m.i**.

**ALLEGA**, alla presente richiesta, elenco degli esami sostenuti e copia di un valido documento di identità

**DATA** ___ /___ /_____ **FIRMA** (*leggibile*)_____

**Cognome e Nome**_____ **Matricola n.**_____ **Anno di corso**_____

## ELENCO DEGLI ESAMI DI PROFITTO SUPERATI E VERBALIZZATI A PARTIRE DA QUELLI DEL 4° ANNO COMPRESO

***(N.B.: non riportare, quindi, gli esami di profitto del 1° anno, del 2° anno e del 3° anno)***

| | *Codice esame* | *Denominazione Esame* | *CFU* | *Voto/30 conseguito* | *Data Esame* |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | M4029 | PATOLOGIA SISTEMATICA I | | | |
| 2 | M4030 | PATOLOGIA SISTEMATICA II | | | |
| 3 | M4031 | FARMACOLOGIA | | | |
| 4 | M4032 | ANATOMIA PATOLOGICA | | | |
| 5 | M4033 | DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA | | | |
| 6 | M4036 | PATOLOGIA SISTEMATICA III | | | |
| 7 | M4038 | PATOLOGIA SISTEMATICA IV | | | |
| 8 | M4039 | ORTOPEDIA | | | |
| 9 | M4040 | MEDICINA INTERNA E GERIATRIA | | | |
| 10 | M4041 | CHIRURGIA GENERALE I | | | |
| 11 | M4042 | OCULISTICA, ODONTOIATRIA E ORL | | | |
| 12 | M4043 | ONCOLOGIA | | | |
| 13 | M4046 | CHIRURGIA GENERALE II | | | |
| 14 | M4047 | MEDICINA INTERNA | | | |
| 15 | M4048 | GINECOLOGIA ED OSTETRICIA | | | |
| 16 | M4049 | PEDIATRIA | | | |
| 17 | M4050 | EMERGENZE MEDICO CHIRURGICHE | | | |
| 18 | M4051 | SANITA' PUBBLICA | | | |
| 19 | M4052 | MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO | | | |

## EVENTUALI NOTE (Facoltativo)

**Totale CFU** come riportato sul libretto personale *online* _____

**Media aritmetica** come riportato sul libretto personale *online* _____

**Media ponderata** come riportato sul libretto personale *online* _____

**DATA** _____ **FIRMA** **(leggibile)** _____