

Modulo di iscrizione ai Tirocini pratici-valutativi validi ai fini dell'Esame di Stato per l'abilitazione alla professione di Medico-Chirurgo (TPVES)

e

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____ matricola ____/____/_____
(Nome e Cognome) (Cod. Facoltà/Cod. Corso/Matricola)
nato/a a _____ (____) il _____,
(Luogo di Nascita) (Prov.) (Data di Nascita)
residente a _____ (____) in _____ N. _____
(Luogo di Residenza) (Prov.) (Via/Piazza/Viale/Largo/Vico) (N. civico)
Codice Fiscale: _____ Email _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di essere iscritto al VI anno del CdL in Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Cagliari;
- di aver sostenuto positivamente tutti gli esami previsti dall'ordinamento relativi ai primi quattro anni di corso;

e CHIEDE

di essere iscritto alle seguenti attività:

MC/0794 TPVES - AREA MEDICINA INTERNA
MC/0795 TPVES - AREA CHIRURGIA GENERALE
MC/0796 TPVES - AREA MEDICINA GENERALE

Per la sessione del mese di:

Giugno/Luglio Ottobre Dicembre Febbraio

Nel caso in cui il tirocinio non venga concluso entro la sessione indicata, sarà necessario inviare una comunicazione via email in cui viene indicata la nuova sessione.

L'Università degli Studi di Cagliari è titolare del trattamento dei dati personali ai sensi delle norme del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. 196/2003, nel rispetto della dignità umana, dei diritti e delle libertà fondamentali della persona. L'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato "Studenti" è pubblicata sul sito https://www.unica.it/unica/it/utility_privacy.page.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato "Studenti" disponibile al link https://www.unica.it/unica/it/utility_privacy.page.

Data, _____

Firma del dichiarante

(La firma si considera apposta con l'inserimento del proprio nome e cognome)

Da inviare esclusivamente via email a entrambi i seguenti recapiti:

documenti-medicina@unica.it
segreteria@unica.it

ATTENZIONE:

L'email dovrà avere necessariamente il seguente oggetto:

TPVES - Nome e Cognome - Numero di matricola completo (es. 40/11/65100)