



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
DIREZIONE GENERALE
SERVIZIO SPECIALE POST LAUREAM
U.O. ESAMI DI STATO

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____, residente a _____

(____) in _____ n° _____

avendo conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università

CHIEDE

Di poter svolgere presso l'Università degli Studi di Palermo il tirocinio pratico valutativo post lauream per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo - _____ sessione 2020, che avrà inizio il 18 Novembre 2020 e si concluderà il 18 febbraio 2021.

Luogo, _____

—

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

- Si allega copia di un valido documento di riconoscimento