

**DOMANDA PER SOSTENERE L'ESAME  
DI ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE MEDICA**



Matricola N.....  
(laureati presso Università di Parma)

Io sottoscritt\_ .....

nat\_ a ..... il .....  
(comune) (provincia)

codice fiscale..... cittadinanza.....

residente a ..... via.....n. ....  
(comune) (provincia)

cap.....tel. .... cellulare ..... e-mail .....

domiciliat\_ a ..... via.....n. ....  
(comune) (provincia)

cap.....tel. ....

**Sede di Laurea**

Facoltà di Medicina e Chirurgia – Università di .....

conseguito il.....

con votazione..... A.A...../.....

**CHIEDO**

di poter svolgere il tirocinio, preferibilmente presso la sede di:

.....  
(comune) (provincia)

Parma, .....  
(firma)

**Tassa di ammissione agli Esami di Stato  
ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI MEDICO CHIRURGO**

ANNO: .....

N. MATRICOLA: .....  
(se iscritto all'Università di Parma)

ESTERNO

COGNOME: .....

NOME: .....

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3000 TASSA AMMISSIONE ESAMI DI STATO**

**€ 309,87**