



AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ provincia (___) il ___/___/_____

Codice fiscale _____ Matricola _____

1. Laureato/a il ___/___/_____ in Medicina e Chirurgia

- Corso di laurea vecchio ordinamento (18-ter)
- Corso di laurea specialistica (46/S)
- Corso di laurea magistrale (LM-41)

2. Laureando/a in Medicina e Chirurgia

- Corso di laurea vecchio ordinamento (18-ter)
- Corso di laurea specialistica (46/S)
- Corso di laurea magistrale (LM-41)

Presso

- Università degli Studi di Pavia
- Altro ateneo (specificare) _____

CHIEDE

L'attivazione dei tirocini pratico-valutativi *post-lauream* di cui al DM. n. 445/2001, finalizzati all'acquisizione dell'abilitazione professionale di medico chirurgo e si impegna a versare la tassa di iscrizione di €180,00.

Data ___/___/_____

Firma _____

Imposta di bollo assolta in modo virtuale ai sensi dell'autorizzazione AdE n. 1 del 22/11/2001

Ai sensi del Decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Ufficio Esami di Stato dell'Università degli Studi di Pavia e trattati, anche in forma automatizzata, per la finalità di gestione dell'Esame di Stato e successive procedure connesse. La comunicazione dei dati personali da parte dei candidati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti richiesti, pena l'esclusione dalla partecipazione all'esame. I candidati godono dei diritti di cui al Decreto sopracitato, tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari, tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.