



ESAME DI STATO DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI MEDICO CHIRURGO

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

GENERALITÀ	
1. (COGNOME)	2. (NOME)
3. LUOGO DI NASCITA	4. DATA DI NASCITA (G/M/A)
5. RESIDENZA (VIA)	(NUMERO)
(CITTÀ)	(C.A.P.)
6. TELEFONO FISSO	7. TELEFONO CELLULARE
8. IND. per EVENT.CORRISP. attinente all'ESAME di STATO (solo se diverso da quello di residenza) (VIA)	(NUMERO)
(CITTÀ)	(C.A.P.)
9. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (TIPO)	(NUMERO)

SPAZIO PER INSERIRE

UNA

FOTOGRAFIA RECENTE

10. FACOLTÀ DI MEDICINA FREQUENTATA	
A. FACOLTA' DI MEDICINA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI _____	
B. A.A. DI IMMATRICOLAZIONE	C. DATA DI LAUREA

11. TESI	
A. TITOLO	
B. CATTEDRA/REPARTO DOVE SVOLTA	

12. TIROCINI FREQUENTATI DURANTE I CORSI ELETTIVI			
DISCIPLINA	LUOGO SVOLTO	RESPONSABILE	DURATA N GIORNI
A.			
B.			
C.			
D.			

TIROCINIO SVOLTO DAL MEDICO DI BASE: Dr. _____ località _____
solo per i laureati a Udine

Firma

e-mail

Data

NON SCRIVERE IN QUESTA SEZIONE

13. ASSEGNAZIONE DELLE ROTAZIONI CLINICHE				VOTO/30
ROTAZIONE	ISTITUTO/REPARTO	SEDE /INDIRIZZO	RESPONSABILE	
MEDICINA :				/30
CHIRURGIA :				/30
MED. DI FAMIGLIA :	-----			/30
TOTALE /90				/90

Firma del Presidente della Commissione Esami di Stato: _____