

**** ATTENZIONE ****

Alla domanda di ammissione dovrà essere allegata:

- 1) Ricevuta della tassa di ammissione agli esami di €.49,58 (tassa Governativa - Regione Siciliana c/c 205906)
- 2) Ricevuta del contributo di €.216,00 (disposizione emessa dalla Segreteria Studenti, da pagare presso Banca Monte dei Paschi di Siena)

*Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Catania*



*è possibile compilare il modulo on-line
posizionandosi sugli appositi campi*

**MODULO DI RICHIESTA PER SOSTENERE
L'ESAME DI ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE MEDICA
(SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

GENERALITA'										
1. NOME	COGNOME	MATRICOLA <i>solo per i laureati dell'Ateneo di Catania</i>		2. SPAZIO PER INSERIRE UNA FOTOGRAFIA RECENTE						
3. LUOGO DI NASCITA	(PROVINCIA)	4. DATA DI NASCITA (G/M/A)								
5. INDIRIZZO PER CORRISPONDENZA (attinente all'Esame di Stato)		VIA	NUMERO							
CITTA'		C.A.P.								
6. TELEFONO FISSO	7. TELEFONO CELLULARE									
8. RESIDENZA	VIA	NUMERO								
CITTA'		C.A.P.								
9. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO	TIPO	NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA						
10. FACOLTA' DI MEDICINA FREQUENTATA										
A. UNIVERSITA' DI :										
B. MESE/ANNO DI IMMATRICOLAZIONE			C. MESE/ANNO DI LAUREA							
11. TESI DI LAUREA										
A. TITOLO										
B. CATTEDRA/REPARTO DOVE SVOLTA										
12. TIROCINI FREQUENTATI										
DISCIPLINA		LUOGO	RESPONSABILE	DURATA GIORNI						
A.										
B.										
C.										
D.										
E.										
F.										
G.										
13. SCELTA DELLA SEDE DOVE SOSTENERE LA FREQUENZA CLINICA (segnare la scelta con una x)										
DIV. MEDICINA E DIV. CHIRURGIA		CATANIA	<input type="radio"/>	RAGUSA	<input type="radio"/>	SIRACUSA	<input type="radio"/>			
14. SCELTA DEL DISTRETTO SANITARIO DOVE SOSTENERE LA FREQUENZA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE										
<input type="checkbox"/> ACIREALE	<input type="checkbox"/> ADRANO	<input type="checkbox"/> BRONTE	<input type="checkbox"/> CALTAGIRONE	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> GIARRE	<input type="checkbox"/> GRAVINA	<input type="checkbox"/> PALAGONIA	<input type="checkbox"/> PATERNO'	<input type="checkbox"/> RG	<input type="checkbox"/> SR

LA SEGRETERIA SI RISERVA LA FACOLTA' DI ASSEGNARE UN DIVERSO DISTRETTO SE NON VI E' NESSUNA DISPONIBILITA'

(FIRMA)

(E-MAIL)

(DATA)

ALLEGATI

- Attestazione dell'avvenuto versamento della tassa di ammissione agli esami di € 49,58 prevista dall'art.2 comma 3 del D.P.C.M. 21/12/1990, effettuato su bollettino c/c postale n. 205906, intestato all'Ufficio Registro tasse - Concessioni Governative - Tasse scolastiche - Regione Sicilia, causale obbligatoria: tassa ammissione esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo:

sessione _____

Anno _____

- Attestazione dell'avvenuto pagamento del contributo di € 216,00 presso la Banca Monte Paschi di Siena, causale obbligatoria: tassa per l'ammissione agli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo.



RICEVUTA

da compilare a cura dell'interessato/a

Il/La Sig. _____ ha consegnato in data _____ la domanda di ammissione all'esame di Abilitazione alla professione di Medico Chirurgo.

A CURA DELL'UFFICIO

Data Timbro e firma
