

Al Dirigente della Ripartizione Studenti della Seconda Università degli Studi di Napoli

Il/la sottoscritto/a _____
nato il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Prov. _____ CAP _____,
e domiciliato in _____, al seguente indirizzo
_____ tel. _____

CHIEDE

di essere ammesso a sostenere gli esami di Stato di abilitazione alla professione di Medico Chirurgo
nella _____ sessione dell'anno _____

DICHIARA, ai sensi del D.P.R.n. 445/2000

di essere in possesso

Laurea in Medicina e Chirurgia (Previgente Ordinamento)

Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia (classe 46/S)

conseguita in data _____ con voti _____ presso l'Università di _____

matricola corso di studi universitario (Medicina) n. _____

OVVERO

di conseguire, entro il _____

Laurea in Medicina e Chirurgia (Previgente Ordinamento)

Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia (classe 46/S)

presso l'Università degli Studi di _____

matricola corso di studi universitario (Medicina) n. _____

e di aver, altresì, presentato in data _____ presso la Segreteria Studenti della
Facoltà di Medicina e Chirurgia apposita domanda di partecipazione all'esame di Laurea

DICHIARA, altresì,

che non presenterà domande di ammissione agli Esami di Stato per la corrente sessione presso altre
Sedi universitarie

Napoli, _____/_____/20__

Firma