



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

Direzione di Polo
Medicina

DICHIARAZIONE PER TIROCINI ABILITANTI

Io sottoscritto/a
nata/o a (....) il ___/___/_____
C.F.
residente a (....)
in.....
Matricola numero.....
Iscritto/a all'anno di corso (*inserire l'anno di corso o F.C.*):
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e
dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del
28/12/2000

DICHIARO

- Di essere in possesso dell'attestato relativo al Corso Formazione Sicurezza (INT1247) in corso di validità o di avere effettuato l'iscrizione su piattaforma Moodle al Corso Formazione Sicurezza erogato in modalità FAD. In caso di assenza di tale certificato prima dell'inizio del tirocinio mi impegno a darne comunicazione a tirocini.medtorino@unito.it e a non frequentare i tirocini;
- Di essere in possesso del certificato di idoneità sanitaria o di avere la prenotazione per la visita relativa all'idoneità sanitaria entro l'inizio dei tirocini. Qualora non ottenga il rilascio di idoneità sanitaria mi impegno a darne comunicazione il prima possibile a tirocini.medtorino@unito.it e a non frequentare i tirocini
- Di aver letto con attenzione i materiali contenuti nella pagina Modulo Covid 19 (<https://www.unito.it/node/14199>) e di attenermi agli stessi

Università degli Studi di Torino

Direzione di Polo Medicina
Area Didattica e Servizi agli Studenti Polo Medicina Torino
Sezione Orientamento Tutorato e Placement
C.so Dogliotti, 38 - 10126 Torino
Tel (011) 670 5498 | Mail otp.medtorino@unito.it



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

DICHIARO inoltre

- Di aver sostenuto tutti gli esami previsti dal piano di studi dal 1° al 4° anno compreso, e di voler utilizzare il tirocinio prescelto ai fini dell'esame di stato per abilitazione alla professione medico-chirurgica e di non avere situazioni di incompatibilità con il tutor valutatore ai sensi ai sensi degli artt. 51 e 52 del codice di procedura civile.

- Di non aver sostenuto tutti gli esami previsti dal piano di studi dal 1° al 4° anno e di voler utilizzare il tirocinio prescelto ai fini dell'esame di stato per abilitazione alla professione medico-chirurgica purché rispetti le propedeuticità previste entro l'inizio del tirocinio. Dichiaro altresì di non avere situazioni di incompatibilità con il tutor valutatore ai sensi degli artt. 51 e 52 del codice di procedura civile. Mi impegno a comunicare l'eventuale mancato superamento degli esami propedeutici e la rinuncia al tirocinio entro l'inizio dello stesso al reparto e a tirocini.medtorino@unito.it

LUOGO:

DATA:

FIRMA