|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ripartizione Post Laurea e Internazionalizzazione Ufficio Esami di Stato** |

**Dichiarazione di assenza di situazioni di incompatibilità**con il tutor/valutatore ai fini dello svolgimento del tirocinio clinico per gli

Esami di Stato di Medico-Chirurgo

Ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445,  
 il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa visione dei nominativi assegnati per l’effettuazione del tirocinio clinico di cui al D.M. 445/2001 per la:

PRIMA SECONDA SESSIONE DELL’ANNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

valido per l’accesso alla prova scritta degli esami di Stato per l’abilitazione all’esercizio della professione di medico-chirurgo,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che non sussistono rapporti di parentela o affinità entro il quarto grado o situazioni di incompatibilità ai sensi degli artt. 51 e 52 c.p.c. con il tutor assegnato:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unità Operativa di Chirurgia | Unità Operativa di Medicina | Tutor di Medicina Generale |
| Cognome e nome | Cognome e nome | Cognome e nome |
|  |  |  |

Si ricorda che, ai sensi dell’art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000, “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito dal codice penale e dalle leggi speciali in materia”.

Ferrara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_