



Università degli Studi di Ferrara

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 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 _____

ai fini dell'effettuazione del tirocinio clinico valido per l'accesso alla prova scritta degli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo

DICHIARO SOTTO LA MIA 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 i seguenti medici:

Unità Operativa di MEDICINA		Unità Operativa di CHIRURGIA		MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
COGNOME	NOME	COGNOME	NOME	COGNOME	NOME

Si ricorda, ai sensi dell'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000, che "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 _____

RICEVUTA da compilarsi a cura dell'utente

il/la candidato/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

ha presentato in data _____ il modulo di dichiarazione di assenza di situazioni di incompatibilità con il tutor.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

I dati da Lei forniti, ai sensi delle disposizioni vigenti, saranno trattati per adempiere alla presente richiesta e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Ferrara. L'interessato può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.