



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 _____

valido 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 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 _____