



**Tirocini pratico-valutativi post-lauream per  
l'abilitazione alla professione di medico-chirurgo**

**MODULO DICHIARAZIONE DI PARENTELA**

(da consegnare alla U.O. Scuole di specializzazione d'area medica ed esami di stato  
al ritiro del libretto, una volta presa visione dei nominativi dei *tutor* assegnati)

Al Presidente della Commissione Esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di  
Medico Chirurgo.

Il sottoscritto .....  
presa visione dei nominativi dei *tutor* della sessione (\*) ..... dell'anno ..... dichiara di  
non avere alcun grado di parentela o affinità entro il terzo grado con alcuno di essi

Data.....  
.....  
(Firma del candidato)

Il sottoscritto .....  
presa visione dei nominativi dei *tutor* della sessione (\*) ..... anno ..... dichiara di avere  
grado di parentela o affinità entro il terzo grado con i seguenti medici:

.....  
.....  
.....

Data.....  
.....  
(Firma del candidato)

(\*) indicare se estiva, autunnale o invernale