**Modulo delle preferenze per la frequenza dei tirocini**

Il/La sottoscritto/a…………………………………………..nat... a………………………………...

Il ………………., C.F.:…………………………….., residente a…………………………………..

Via……………………………………………… Tel………………………………………………….

Indirizzo email………………………………………………………………………………………...

**Chiede**

di poter effettuare il tirocinio presso:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicina** | **Chirurgia** | **Medico di base** |
|  |  |  |
|  |  |  |

(**ATTENZIONE** si ricorda che le preferenze sono puramente indicative, verranno tenute in considerazione dalla Commissione, la quale però potrà decidere di discostarsi da tali indicazioni sulla base delle proprie valutazioni. Si ricorda inoltre che non è possibile indicare come preferenza il proprio medico di base)

Firma del candidato…………………………………………………..