**Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia**

**Polo di Orbassano e Candiolo**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto, COGNOME NOME n. di matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiaro di voler svolgere i tirocini abilitanti post laurea e pertanto non allego nella domanda di Laurea per la sessione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le ricevute del versamento della tassa erariale e della tassa di abilitazione.

Data

Firma