



Unità gestione carriere specializzandi

*Al Magnifico Rettore
dell'Università di Foggia
Via Gramsci 89/91
71122 – FOGGIA*

Imposta di bollo assolta in modo virtuale
(Autorizzazione Agenzia Entrate Dir. Prov. di Foggia
Prot. n. 2012/25432 del 08/03/2012)

RICHIESTA DIPLOMA DI ABILITAZIONE

Il sottoscritt _____ ;
nat _____ (prov. _____) il _____
e residente in _____ (prov. _____)
alla via _____ n. _____,
email _____
numero di telefono/cellulare _____
abilitat__ all'esercizio della libera professione di:

- Medico chirurgo (tirocinio post laurea) Medico chirurgo (tirocinio pre laurea)
 Odontoiatria

nella I o II sessione dell'anno _____ presso codesta Università,

CHIEDE

il rilascio del Diploma di abilitazione.

Allego ricevuta del pagamento della *Tassa di abilitazione all'esercizio professionale* a favore della Regione - Ente per il diritto agli studi (ADISU) dove si è conseguita la Laurea.

Foggia, _____

Con osservanza

Indicare in modo chiaro e leggibile il cognome e il nome completo che dovrà comparire sul diploma, facendo riferimento a quanto risulta nei registri dello stato civile del Comune di nascita. In caso di errori dovuti all'inesatta indicazione del nominativo, saranno addebitate le spese per la ristampa. Eventuali cambi di residenza dovranno essere comunicati all'Ufficio.

N.B. Il rilascio del diploma di abilitazione non avviene contestualmente alla richiesta, essendo legato alle tempistiche ministeriali.