



MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del s.s.n.

Uff. IV

Via Giorgio Ribotta, 5- 00144 ROMA

MODELLO VISTO USA Richiesta Statement of need



Domanda per il rilascio del certificato "Statement of need" ai fini del rilascio del Visto USA J-1 (da compilare in stampatello)

APPORRE MARCA DA BOLLO € 16,00

USMLE®/ECFMG ID Number

[Empty box for USMLE/ECFMG ID Number]

La / Il Sottoscritt(a) o,

[Empty box for Surname]

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

[Empty box for Name]

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Sesso

M

F

In possesso del Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito il:

[Date selection box]

Indicare la data

presso l'Università di

[University name box]

Università

In possesso del Diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il:

[Date selection box]

Indicare la data (gg/mm/anno) oppure indicare la sessione e l'anno

presso l'Università di:

[University name box]

Università

Domanda a codesto Ministero il rilascio del certificato "Statement of need" e, a tal fine, allega la dichiarazione sostitutiva di certificazioni di cui all'Allegato Visto USA J1

DICHIARA:

di essere nata/o a

[Birth location box]

LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMENTO

[Country of birth box]

STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO

[Date of birth box]

DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMENTO

di essere cittadina/o

[Citizenship box]

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHÖRIGKEIT, CIUDADANIA

di essersi iscritto all'albo dei Medici chirurghi della Provincia di

[Province box]

In data

[Date box]

di voler utilizzare il presente certificato per la frequentazione dal giorno _____ al giorno _____ (indicare il periodo riportato nella lettera di offerta dell'Università) del seguente corso:

[Course name box]

FELLOWSHIP

RESIDENCY

SPECIALTY

In _____ (indicare la denominazione del corso di specializzazione)

La / il sottoscritt(a) o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito:

[Surname box]

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

[Name box]

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza

[Address box]

INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

n.

[Number box]

[City box]

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

PROV.

[Post code box]

CAP - POST CODE

[Country box]

STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

[Phone number box]

N.TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMMER - N.TEL.

[Fax number box]

N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX

[Cellular number box]

N. CELLULARE

[Email box]

E-MAIL

[Date box]

DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA

In fede

[Signature line]

FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA