



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:

Empty box for graduation date

Indicare la data

presso l'Università di

Empty box for University name

Università

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

Empty box for professional qualification date

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

presso l'Università di:

Empty box for University name

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

Empty box for birthplace

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

Empty box for country of birth

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

Empty box for birth date

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

di essere cittadina/o

Empty box for citizenship

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

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

Empty box for province

In data

Empty box for date

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:

Empty box for course details

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:

Empty box for recipient surname

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

Empty box for recipient name

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza

Empty box for address

INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

n.

Empty box for number

Empty box for city

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

PROV.

Empty box for CAP

CAP - POST CODE

Empty box for state

STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

Empty box for phone number

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

Empty box for fax number

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

Empty box for mobile number

N. CELLULARE

Empty box for email

E-MAIL

Empty box for date

DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA

In fede

Empty box for signature

FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA