MODULO DI ADESIONE SCHEDA TUTOR VALUTATORE

Da trasmettere tramite e-mail al seguente indirizzo: esamidistato.medicina@ateneo.univr.it

(Si prega di scrivere in stampatello)

Residenza

Il sottoscritto…….....
codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
nato a ….....il ….....
residente a ……..…….. Via/Piazza ……..……
Cap ……Città…… Prov. ……..……..
Tel ……..…… Fax……Cellulare……..……
e-mail:…….....
iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di ……..…….....

Dati Professionali se Chirurgo o Internista

□ in servizio presso:……..……..
con la qualifica di:……..……...
nominativo Responsabile della Struttura: ……..……....
Via/piazza……..……
Cap ……Città…… Prov……..
Telefono **reparto** …… Fax **reparto**…….....

Dati Professionali se Medico di Medicina generale

□ in servizio presso:……..……
Via/piazza……..……
Cap ……Città……..…… Prov……..……
Telefono **ambulatorio** …….. Fax **ambulatorio** ……

ACCONSENTE

a dare la propria disponibilità come tutor-valutatore nei periodi di seguito indicati (indicarne almeno due):

APRILE 2019 ☐	MAGGIO 2019 ☐	GIUGNO 2019 ☐
NOVEMBRE 2019 ☐	DICEMBRE 2019 ☐	GENNAIO 2020 ☐

Il/la sottoscritto/a chiede che eventuali comunicazioni vengano inviate al sopraindicato indirizzo di:

☐ Residenza ☐ Reparto ☐ Ambulatorio

Autorizza l'Area Scienze della Vita e della Salute a comunicare a ciascun candidato che gli/le verrà assegnato il seguente numero di telefono: ……

Data, …….. Firma leggibile e timbro ……

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e, in particolare, alle disposizioni di cui all'art. 13, i dati personali forniti dai Tutori saranno raccolti presso l'Università degli Studi di Verona, e verranno utilizzati solo per garantire il regolare espletamento del tirocinio pratico-valutativo per l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo D.M. 19 ottobre 2001 n. 445.

Si autorizza il trattamento dei dati personali.

Data, …… ……..…

(Firma Leggibile)

Unità Operativa Scuole di specializzazione d'area medica ed esami di stato
Via Bengasi, 4 - 37134 Verona - T +39 045 8027237-7244
esamidistato.medicina@ateneo.univr.it
P. IVA 01541040232 | C.F. 93009870234