



SCHEDA DATI TUTORE VALUTATORE PER L'ESAME DI STATO DI MEDICINA E CHIRURGIA

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI		
1	NOME	
2	COGNOME	
3	E-MAIL	
4	CODICE FISCALE	
5	PROVINCIA DI NASCITA	
6	LUOGO DI NASCITA	
7	DATA DI NASCITA	
8	TELEFONO CELLULARE	
9	TELEFONO AMBULATORIO/REPARTO	
10	PROVINCIA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI	
11	ULSS/STRUTTURA DI APPARTENENZA	
12	DISCIPLINA (SELEZIONARE SOLTANTO UNA DELLE OPZIONI)	<input type="radio"/> MEDICINA GENERALE <input type="radio"/> MEDICINA INTERNA <input type="radio"/> CHIRURGIA
COMPILARE SOLO SE MEDICI DI MEDICINA GENERALE		
13	INDIRIZZO AMBULATORIO	
COMPILARE SOLO SE MEDICI DI MEDICINA INTERNA O CHIRURGIA		
14	OSPEDALE E REPARTO	
INSERIRE I MESI DI DISPONIBILITÀ		
<input type="checkbox"/> Novembre 2019 <input type="checkbox"/> Dicembre 2019 <input type="checkbox"/> Gennaio 2020		

Con la presente dichiaro di essere in possesso dei requisiti previsti per l'attività di Tutore Valutatore per gli esami di Stato in ottemperanza all'art. 2 del D.M. 19 ottobre 2001 n. 445.

Data

Firma

Da inviare compilata all'indirizzo e-mail: tutorimedicina.lauream@unipd.it