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 2018	MAGGIO 2018	GIUGNO 2018
NOVEMBRE 2018	DICEMBRE 2018	GENNAIO 2019

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)