**Modulo di ADESIONE SCHEDA TUTOR VALUTATORe**

**Da trasmettere tramite e-mail al seguente indirizzo:** [**esamidistato.medicina@ateneo.univr.it**](mailto: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)