



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
DIREZIONE STUDENTI- Area Post Lauream

MODULO DI ADESIONE SCHEDA TUTOR VALUTATORE

Da trasmettere tramite fax al seguente numero: 045 8027234.

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 (2 - 30 novembre 2009) <input type="checkbox"/>	MAGGIO (4 - 29 maggio 2009) <input type="checkbox"/>	GIUGNO (1- 30 giugno 2009) <input type="checkbox"/>
NOVEMBRE (2 - 30 novembre 2009) <input type="checkbox"/>	DICEMBRE (1-31 dicembre 2009) <input type="checkbox"/>	GENNAIO (4-29 gennaio 2010) <input type="checkbox"/>

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

Residenza Reparto Ambulatorio

Autorizza l'Area post lauream 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 Padova, 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)