



## SCHEDE TUTORI-VALUTATORI

**DA RITORNARE ENTRO IL 22 FEBBRAIO 2010 FAX: 049/8276380-70**

### DATI ANAGRAFICI E RECAPITI

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Provincia di nascita \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
CAP di residenza \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_  
Provincia di residenza \_\_\_\_\_  
Telefono di residenza \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

### DATI PROFESSIONALI

Disciplina  MEDICINA INTERNA  CHIRURGIA  MEDICINA GENERALE

#### A) Se Medico Internista o Chirurgo

Denominazione dell'Ospedale \_\_\_\_\_  
Numero ULSS \_\_\_\_\_  
Indirizzo dell'Ospedale \_\_\_\_\_  
Comune dell'Ospedale \_\_\_\_\_  
Provincia dell'Ospedale \_\_\_\_\_  
Responsabile Struttura \_\_\_\_\_  
Denominazione del Reparto \_\_\_\_\_  
Indirizzo del Reparto \_\_\_\_\_  
Telefono del Reparto \_\_\_\_\_

#### B) Se Medico di Medicina Generale

Comune Ambulatorio \_\_\_\_\_  
Provincia Ambulatorio \_\_\_\_\_  
Indirizzo Ambulatorio \_\_\_\_\_  
Telefono Ambulatorio \_\_\_\_\_  
CAP Ambulatorio \_\_\_\_\_

### #Errore

1) chiede che eventuali comunicazioni vengano inviate al sopraindicato indirizzo di:

Residenza  Reparto  Ambulatorio

2) autorizza il Servizio Formazione Post Lauream a comunicare a ciascun candidato assegnatoLe, il seguente

**numero telefonico:** .....

3) dichiara di accettare l'incarico di Tutore Valutatore nella prima e/o seconda sessione 2010, nei seguenti mesi (indicare almeno tre

Aprile 2010  Maggio 2010  Giugno 2010  
 Novembre 2010  Dicembre 2010  Gennaio 2011

4) dichiara di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di .....

5) si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dei dati sopra riportati, compresi eventuali imprevisti di assenza dal servizio

Data, \_\_\_\_\_

(Firma Leggibile) \_\_\_\_\_

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)