



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE

Modulo A1. richiesta tirocinio curriculare extra regione Molise

Il sottoscritto nome..... cognome.....
Mail istituzionale@studenti.unimol.it Numero di telefono
Numero di matricola..... Coorte iscritto al anno del CdLM in Medicina e Chirurgia per
l'anno accademico

CHIEDE

Di poter effettuare n. ore..... per il Tirocinio curriculare per l'anno di corso Per l'area
.....
Presso:
.....
.....

Indicare i seguenti dati del medico che ha offerto la sua disponibilità a ricoprire la figura di tutor:

Nome Cognome.....
luogo e data di nascita e-mail
recapito telefonico
qualifica universitaria o ospedaliera
docente a contratto o a supplenza presso CdLMMec Unimol: si no
per l'insegnamento di

firma del richiedente

data

Note per lo studente: una volta compilato il **Modulo A1.richiesta Tirocinio curriculare extra regione Molise** è necessario che lo studente faccia compilare al medico tutor apposito **Modulo B.1 disponibilità a svolgere mansioni di medico tutor per tirocinio curriculare extra regione Molise** che dovrà essere poi inviato a: tirocinioCdLMedicina@unimol.it e per conoscenza a inriieri@unimol.it

