



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE

Modulo B) disponibilità a svolgere mansioni di medico tutor per TPVES extra regione Molise

Il sottoscritto dottor: nome cognome
luogo e data di nascita e-mail
recapito telefonico iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della
provincia di con numero

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 di possedere i requisiti previsti per svolgere le funzioni di medico tutor¹ per lo studente

Nome Cognome

Nato a il Numero di matricola Coorte

O iscritto al anno del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise

O laureato in Medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi del Molise

che gli ha chiesto lo svolgimento del Tirocinio Pratico Valutativo per l'Esame di Stato (TPVES) per la seguente area:

O area medica: indicare numero di ore

O area chirurgica: indicare numero di ore

O MMG: indicare numero di ore

Nel caso di TPVES effettuato per le aree mediche e/o chirurgiche indicare:

Struttura ospedaliera Reparto

Azienda sanitaria

Nome e cognome Direttore Generale:

Allega copia di un valido documento di identità.

Firma del Medico

data

¹ Per il tirocinio nell'ambito della Medicina Generale: requisiti previsti dell'articolo 27, comma 3, del D lgs. 17 agosto 1999, n.368

Per il tirocinio in Area Chirurgica o in Area Medica: docente universitario o dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal tirocinante

