



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE

Modulo B.1) disponibilità a svolgere mansioni di medico tutor per tirocinio curriculare extra regione Molise

Il sottoscritto prof/dott: Nome Cognome.....
luogo e data di nascita e-mail
recapito telefonico
qualifica universitaria o ospedaliera
Struttura universitaria/ospedaliera.....
Reparto
Azienda sanitaria
Nome e cognome direttore dipartimento universitario o reparto ospedaliero¹
Nome e cognome direttore generale:
Indirizzo.....cap città
docente a contratto o a supplenza presso CdLMMcC Unimol: si no
per l'insegnamento di

DICHIARA

di dare la propria disponibilità a svolgere le funzioni di medico tutor per lo studente
nome Cognome
Numero di matricola..... Coorte scritto per l'anno accademico al
anno del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise che gli ha chiesto di
poter svolgere il Tirocinio curriculare relativo all'anno di corso per l'area
.....:
numero di ore Dichiara, inoltre, di non aver alcun grado di parentela con lo studente tirocinante.

Firma del Medico

data

¹ Tra lo studente tirocinante e il direttore del dipartimento universitario o del reparto ospedaliero non deve sussistere alcun grado di parentela.

