ALLEGATO "A"

Al Direttore del Dipartimento di

Morfologia e Chirurgia Sperimentale

Prof.ssa Paola SECCHIERO

Al Coordinatore del Corso di Studio di

Medicina e Chirurgia

Prof.ssa Tiziana BELLINI

Email: [***cds.facolta@unife.it***](mailto:cds.facolta@unife.it)

Il/la sottoscritto/a

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO  C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E -MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

manifesta la propria disponibilità, a svolgere l’incarico a titolo gratuito di **TUTOR CLINICO** per i tirocini pratici valutativi del Corso di studi di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Ferrara secondo quanto previsto dall’art 24 del *Regolamento per il conferimento di contratti per attività di insegnamento di cui all’art. 23 della Legge 30 dicembre 2010, n. 240 e per gli incarichi di supporto alla didattica* **per l’A.A. 2018/19 Area medica per la disciplina di**: (barrare la casella)

* NEUROLOGIA
* MEDICINA INTERNA II

A tal fine, allega alla presente:

1) copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;

2) curriculum della propria attività scientifica, didattica e professionale in formato europeo.

Luogo e data

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_