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:*** |  | | | | |
| ***Nome:*** |  | | | | |
| ***Nato/a a:*** |  | ***il:*** |  | | |
| ***Indirizzo:*** |  | | | | |
| ***Città:*** |  | ***C.A.P:*** |  | ***Prov.:*** |  |
| ***Codice Fiscale:*** |  | | | | |
| ***Telefono:*** |  | ***Cellulare:*** |  | | |
| ***E -Mail:*** |  | | | | |
| ***Dipendente*** | [ ] Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara  [ ] Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara | | | | |
| ***Sede di lavoro:*** |  | | | | |
| ***Qualifica:*** |  | | | | |

manifesta la propria disponibilità, a svolgere l’incarico, senza oneri per l’Ateneo, 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. 2019/20, dal 01/02/2020 al 28/02/2021 per la disciplina di**: (barrare la casella)

[ ] AREA MEDICA - Geriatria

[ ] AREA CHIRURGICA - Chirurgia Generale

[ ] AREA CHIRURGICA - Anestesiologia

[ ] AREA CHIRURGICA - Ginecologia e Ostetricia

[ ] AREA MEDICINA GENERALE - Medicina del territorio (Medico di Medicina Generale)

[ ] AREA MEDICINA GENERALE - Pediatria (Pediatra di libera scelta)

A tal fine, allega alla presente:

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| [Luogo],li [GG/MM/AAAA] | Il/La dichiarante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |