Al Direttore del Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale

Prof.ssa Paola SECCHIERO

Al Coordinatore del Corso di Studio di Medicina e Chirurgia

Prof.ssa Tiziana BELLINI

Email: ***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 della:*** | **[ ] Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara** | ***presso U.O.:*** |  | | | | |
| ***Sede di lavoro:*** |  | | | | |
| **[ ] Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara** | ***presso U.O.:*** |  | | | | |
| ***Ambulatorio di MMG a:*** |  | | | | |
| ***Ambulatorio di Pediatra a:*** |  | | | | |
| ***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 per l’A.A. 2019/20, 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 24 settimane dal 14/04/2020 al 28/02/2021 per l’AREA:** (barrare UNA casella “AREA”)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***AREA*** | ***DISCIPLINE RICOMPRESE NELL’AREA*** | |
| **[ ] MEDICA** | Cardiologia  Ematologia  Endocrinologia  Gastroenterologia  Geriatria  Medicina interna | Nefrologia  Neurologia  Oncologia  Pneumologia  Pronto soccorso  Reumatologia |
| **[ ] CHIRURGICA** | Anestesiologia  Chirurgia d’urgenza  Chirurgia Generale  Chirurgia Maxillofaciale  Chirurgia Pediatrica  Chirurgia Plastica | Chirurgia Vascolare  Ginecologia e Ostetricia  Neurochirurgia  Ortopedia/traumatologia  Otorinolaringoiatria  Urologia |
| **[ ] MEDICINA GENERALE** | Medicina del territorio - (Medico di 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 vitae in formato europeo** della propria attività scientifica, didattica e professionale.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Il/La dichiarante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |