



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute
Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

DISPONIBILITA' DI TUTORAGGIO

**Alla cortese attenzione del Presidente di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
dell'Università degli studi di Trieste**

Il sottoscritto/a..... ,
iscritto all'ordine dei medici di..... , si dichiara disponibile
per svolgere il ruolo di tutor dello studente/essa.....
per un periodo di tirocinio pratico dalal.....
presso.....
nell'ambito dei tirocini formativi del anno del CdL in Medicina e Chirurgia
dell'Università degli studi di Trieste, e se ne assume la responsabilità, anche nei
confronti della propria Azienda che si impegna ad informare, e dichiara di fargli
svolgere esclusivamente le attività consentite.

Data

Firma del Medico

.....

.....

