

RICHIESTA DI TIROCINIO IN MEDICINA GENERALE

Il presente modulo è conforme alle disposizioni previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA".

In particolare:

I dati riportati dal candidato assumono valore di dichiarazioni sostitutive di certificazioni rese ai sensi dell'art. 46; vigono, al riguardo, le disposizioni di cui all'art. 76 che prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per il candidato che rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità.

DATI ANAGRAFICI

COGNOME

NOME

NATO/A IL

giorno mese anno

COMUNE
di nascita

provincia

RESIDENZA

Prov.

C.a.p.

EMAIL
istituzionale

TELEFONO

Codice Fiscale

Iscritto/a al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia con Matr.n. _____ Anno di corso _____

Anno accademico _____ e appartenente al:

- CORSO di Medicina e Chirurgia
 CORSO di Medicina e Chirurgia (corso in inglese)

avendo presentato domanda per sostenere l'esame finale di laurea nella sessione

di _____ A.A. _____

CHIEDE

(Scegliere solo una delle due opzioni)

di essere assegnato, per l'espletamento delle attività di tirocinio pre laurea, ad un Medico di Medicina Generale, il cui studio professionale è ubicato nei Comuni dell' "Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri" della provincia di:

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> BA | <input type="checkbox"/> LE | <input type="checkbox"/> TA | <input type="checkbox"/> BR | <input type="checkbox"/> BAT |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|

O

| | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | in base al proprio domicilio: |
| DOMICILIO | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Prov. | C.a.p. |
| <i>(N.B. Compilare il domicilio solo se diverso dalla residenza)</i> | |

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31.12.1996 n. 675, recante disposizioni a "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" si informa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto, da parte di questo Ateneo, di trattamento, diffusione e comunicazione nell'ambito del perseguimento dei propri fini istituzionali. Pertanto, in relazione alla citata normativa, lo studente dà il proprio consenso circa l'eventuale diffusione dei propri dati personali, affinché l'Università possa comunicare e diffondere all'esterno, su richiesta di soggetti pubblici, aziende private, associazioni di categorie e altri soggetti privati ovvero di propria iniziativa, anche mediante inserimento in sito internet o in altri circuiti informativi, i dati in possesso dell'Amministrazione.

Bari, lì

.....
Firma

AVVERTENZE:

1. L'assegnazione è definitiva. Non è consentito alcun cambio;
2. La presente va consegnata presso l'Agenzia per il Placement (Centro Polifunzionale per gli Studenti - Piano terra - Piazza Cesare Battisti, Bari);
3. Allegare fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

ORARI DI RICEVIMENTO
LUNEDÌ: ore 12.00 – 14.00
MARTEDÌ e GIOVEDÌ: ore 10.00 - 12.00
MERCOLEDÌ: ore 15.00 - 17.00