



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL MOLISE  
Di.Me.S

Attestazione di attività ai fini del credito formativo

Richiesta attribuzione incarico di tutore per tirocinio studenti CLM in Medicina e Chirurgia

*Il sottoscritto dott.* \_\_\_\_\_

*C.F.* \_\_\_\_\_ *in qualità di Direttore U.O.C.* \_\_\_\_\_

*presso il P.O. di* \_\_\_\_\_ *appartenente all'ordine dei medici della*  
*provincia di* \_\_\_\_\_

*dichiara la sua disponibilità a svolgere attività di coordinamento per gli studenti del*  
*CLM in Medicina e Chirurgia per l'anno accademico 2012/2013 che gli saranno*  
*assegnati alla sua U.O.*

*ECM, saranno assegnati 4 crediti per ogni mese di tutoraggio così come approvato dalla C.N. per*  
*la Formazione Continua il 13 Gennaio 2010. Il limite massimo di crediti ottenibili per ciascun*  
*professionista è il 50% dei crediti previsti per l'anno.*

*Allego alla presente curriculum vitae*

Data \_\_\_\_\_

**Firma**