



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