

## **RICHIESTA ASSEGNAZIONE TUTOR DI MEDICINA GENERALE PER TIROCINIO DI ASSISTENZA TERRITORIALE**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Numero di matricola \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Periodo \_\_\_\_\_

- 08/01 – 20/01
- 22/01 – 03/02
- 05/02 – 17/02
- 19/02 – 03/03
- 05/03 – 17/03
- 19/03 – 31/03
- 09/04 – 21/04
- 07/05 – 19/05
- 21/05 – 02/06
- 04/06 – 16/06
- 18/06 – 30/06

Località: solo provincia di Livorno e Rosignano Marittimo

Indicare una preferenza sulla località nella quale si vorrebbe svolgere il tirocinio. Nel caso non fossero disponibili tutor nella località indicata, ne sarà assegnato uno con studio in una sede più vicina possibile.

**N.B. la verbalizzazione del Tirocinio è di competenza dell'Università di Pisa.**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Livorno**

**Via Michon, 8 – 57126 Livorno  
Tel. 0586 897361 - Fax 0586897627 email: [info@medicilivorno.it](mailto:info@medicilivorno.it)  
PEC: [segreteria.li@pec.omceo.it](mailto:segreteria.li@pec.omceo.it)**