

Al Presidente dell'Ordine  
dei Medici Chirurghi e  
degli Odontoiatri di  
NOVARA

Il sottoscritto Dott.....nato a.....  
il .....Medico di Medicina Generale/Pediatra presso ASL di .....  
dalla data del .....con mutui n.....

### CHIEDE

Di essere inserito nell'elenco dei Tutor- Valutatori per l'Università.

A tal fine dichiara

- Di aver/non avuto precedenti esperienze nel campo del tutoraggio e della formazione con particolare riferimento alla capacità valutativa;
- Di aver/non aver avuto procedimenti disciplinari nei dodici mesi precedenti tale domanda;
- Di disporre/di non disporre di un sistema informatico efficace ed aggiornato;
- Di essere/di non essere disponibile per almeno 3 mesi per anno solare nell'attività tutoriale-valutativa;
- Di essere/non essere disponibile a partecipare ad uno specifico corso di formazione per tutor/valutatore di tirocinio pratico valutativo;

Data,

FIRMA

Modulo da compilare per essere inserito nell'elenco dei Tutor per gli studenti in Medicina. Nella domanda dovrà essere indicato il possesso di uno o più requisiti di quelli elencati sulla stessa. Occorre inoltre essere titolari di convenzione da almeno 5 anni. Il modulo compilato dovrà essere rispedito all'Ordine via mail : [ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com](mailto:ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com)