

Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

AVVISO PER LA SELEZIONE DI N. 1 TUTORE DI TIROCINIO A TEMPO PIENO NECESSARIO ALLA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL CORSO DI LAUREA IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA, ATTIVATO DALLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE.

ALLEGATO N.3

Alla Presidente del Corso di Laurea in

Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____,

Direttore dell'Azienda _____

AUTORIZZA FIN D'ORA

il Dott./la Dott.ssa _____, dipendente dalla Struttura sanitaria dal/la sottoscritto/a diretta, ad espletare, qualora nominato, l'incarico triennale di tutore a tempo pieno nell'ambito del Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, **a decorrere dal 1° dicembre 2025.**

_____, _____

(luogo)

(data)

Timbro e Firma
