

Facsimile domanda (Allegato B)

*Alla Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche
Sanitarie
Settore n. 3
Cittadella regionale – Loc. Germaneto
88100 CATANZARO*

Oggetto: Domanda di partecipazione per medico tutor nel Corso di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2016/2019.

Il Sottoscritto Dott. _____

nato il _____ a _____

residente in _____ Via _____ Sede dello Studio

Medico (città) _____ (via) _____ recapito telefonico

_____ cellulare _____ e-mail _____ p.e.c.

quale medico di Medicina Generale convenzionato con il SSN, **rivolge domanda** onde poter svolgere le funzioni di tutor nel Corso di formazione specifica in Medicina Generale triennio 2016/2019 e

Dichiara

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di

- essere iscritto all'albo professionale dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____ con un numero assistiti in carico pari a _____;

- essere convenzionato con il SSR quale medico di medicina generale dal _____, attualmente convenzionato con l'ASP di _____ dal _____;

- di svolgere l'esercizio esclusivo della Medicina Generale;

- che i locali dove si svolge la formazione sono idonei;

- di essere disponibile a frequentare un eventuale specifico corso di formazione organizzato dalla Regione Calabria;

Dichiara, inoltre, con riferimento all'ambulatorio, quanto segue:

PERSONALE NON MEDICO: (crociare se positivo e specificare)

- infermiera n. ___
- segretaria n. ___
- nessuno _____

ORGANIZZAZIONE DELLO STUDIO: (crociare se positivo)

- singolo
- più medici non associati
- in associazione
- medicina di gruppo
- in rete

APPARTENENTE ALLA SOCIETÀ O AL GRUPPO SCIENTIFICO DELLA MEDICINA GENERALE:

PUBBLICAZIONI SPECIFICHE NELL'AREA DELLA MEDICINA DI FAMIGLIA:

ESPERIENZE IN CAMPO DIDATTICO: (crociare se positivo e specificare)

- avere precedenti esperienze di docenza in medicina generale: n. _____ di incarichi;
- pubblicazioni specifiche nell'area della medicina generale n. _____;
- possesso attestato di formazione in Medicina Generale;
- inserimento nell'Albo regionale di docente in medicina generale.

Il sottoscritto, inoltre dichiara, dichiara, inoltre:

- di aver preso visione del disposto del Decreto legislativo 196 del 30.6.2003 e di autorizzare il trattamento dei dati personali e la comunicazione degli stessi alle sedi formative nel rispetto della normativa vigente per le attività relative all'ammissione ed allo svolgimento del corso e per ogni altra finalità ad esso correlata;
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e di essere a conoscenza che le Pubbliche Amministrazioni e i loro dipendenti, salvi i casi di dolo o colpa grave, sono esenti da ogni responsabilità per gli atti emanati, quando l'emanazione sia conseguenza di false dichiarazioni o di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, prodotti dall'interessato o da terzi.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma