ALLEGATO A1)

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO REGIONALE DEI COORDINATORI DELLE ATTIVITÀ PRATICHE E DELLE ATTIVITÀ DIDATTICHE TEORICO – SEMINARIALI DEI CORSI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Regione Molise
Direzione Generale per la Salute
Servizio Risorse Umane del SSR,
Formazione, SSR
Via Genova
86100 CAMPOBASSO

Il/La sottoscritt_ _____

CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco regionale dei COORDINATORI delle attività pratiche e delle attività didattiche teorico-seminariali dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale.
A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, e che, secondo quanto disposto dall'art.75 dello stesso D.P.R., ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. citato:

1. di essere nat___ a _____ (prov _____) il _____;
2. di avere il seguente numero di codice fiscale: _____;
3. di essere residente in _____ (prov. _____) (cap_____) in via/piazza _____ n. _____ tel. _____ e-mail _____;
4. di avere il proprio domicilio in _____ in via _____ *(solo se diverso dalla residenza);*
5. di essere cittadin___ italian__ (ovvero di uno Stato dell'Unione Europea o equiparato ai sensi delle leggi vigenti);
6. di essere in possesso del Diploma di laurea in _____ conseguito in data _____presso l'Università degli studi di _____;
7. di essere in possesso del Diploma di abilitazione all'esercizio della professione conseguito in data _____ presso l'Università _____;
8. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____ dal _____ con il numero_____;
9. di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti specifici previsti dall'Avviso e, in particolare:

   □di essere Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale e operante in uno studio professionale, sito nel territorio regionale, in conformità ai requisiti di legge;

   □essere iscritto all'Elenco Regionale dei medici *Tutor* dei corsi di formazione specifica in Medicina Generale;

   □ aver svolto le funzioni di componente del Comitato Tecnico Scientifico o l'attività di Coordinatore dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale;

   □ essere in regola rispetto agli obblighi formativi ECM per il triennio 2023-2025

10. di essere disponibile ad assumere l'incarico di Coordinatore dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale previa rinuncia, ove ricoperti ruoli apicali nel sindacato regionale e/o nazionale, all'espletamento

delle funzioni, in sede di Comitati di settore, afferenti ai Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG);

11.di voler ricevere ogni comunicazione inerente al presente avviso al seguente recapito: via/piazza_____n._____Comune_____ (prov._____) (cap_____) tel. n._____;

12. di autorizzare la Regione Molise al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 31 dicembre 1996, n.675 e successive modifiche e integrazioni;

Allega alla domanda la seguente documentazione:

- curriculum professionale in formato europeo (europass) datato e firmato;
- copia fotostatica del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000.

Si impegna a fornire ogni utile documento eventualmente richiesto e a comunicare eventuali cambiamenti di indirizzo o recapito telefonico, sollevando la Regione Molise da ogni responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni o di mancata comunicazione del cambiamento di recapito.

Data_____

Firma

_____