



## ALLEGATO n. 2

(Per i Medici già iscritti nell'Elenco regionale dei Tutori di Medicina Generale)

FAC-SIMILE DOMANDA DI CONFERMA NELL'ELENCO DEI TUTORI DI MEDICINA GENERALE

REGIONE MOLISE  
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE  
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E POLITICHE  
DELLE RISORSE UMANE DELL'ASReM  
Via Toscana, 45  
86100 CAMPOBASSO

Il/La sottoscritt... ..  
nato/a a: ..... prov. di: ..... Stato: .....  
il ..... codice fiscale .....  
residente a ..... prov. di ..... CAP .....  
in via/piazza ..... n. civico .....  
telefono ..... cellulare ..... indirizzo e-mail .....  
cittadinanza .....

inserito nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale vigente,

CHIEDE

- di essere confermato nell'elenco dei Tutori di 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, ai sensi degli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità,



1. di svolgere attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale dal ..... per un totale di n. .... anni;

2. di avere in carico un numero di ..... assistiti, pari/superiore alla metà del massimale vigente;

3. di svolgere l'attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale presso lo studio professionale accreditato sito nel comune di .....

CAP..... Provincia .....

via ..... n. ....

telefono ..... fax ..... indirizzo e-mail .....

Comunica che il domicilio o il recapito presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via ..... n. ....

Comune di ..... CAP .....

telefono ..... cellulare .....

fax ..... indirizzo e-mail .....

e si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni cambiamento relativo al medesimo.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che determini il venir meno dei requisiti innanzi specificati.

Allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000.

Il/La sottoscritt..... autorizza, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco regionale dei Tutors di medicina generale e per ogni altra finalità ad essa correlata.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_