



ALLEGATO n. 3

(Per i Medici che abbiano conseguito l'attestato di Tutore di Medicina Generale nei tre anni precedenti il presente avviso attraverso idoneo percorso formativo riconosciuto dalla Regione e/o dall'Ordine dei Medici della Provincia nel cui territorio ha avuto sede il corso)

FAC-SIMILE DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI TUTORI DI MEDICINA GENERALE PER IL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE MOLISE

REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE V
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE,
PERSONALE DIPENDENTE,
FORMAZIONE PERSONALE S.S.R.
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

CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco dei Tutori di Medicina Generale della Regione Molise.

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

4. di aver conseguito l'attestato di Tutor di Medicina Generale nei tre anni precedenti il presente avviso avendo partecipato al Corso di formazione per Tutor di Medicina Generale _____

organizzato da _____, tenutosi in _____ nei

giorni _____, riconosciuto dalla Regione e/o dall'Ordine dei Medici della

Provincia di _____, nel cui territorio si è svolto il corso.

Allega, a tal fine, il suddetto attestato di Tutor conseguito, nonché la documentazione comprovante il riconoscimento di cui al punto 4 sopra indicato.

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
