



ALLEGATO n. 1

(FAC-SIMILE DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER LA FUNZIONE DI TUTORE TERRITORIALE)

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

Il/La sottoscritt....

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al Corso di formazione per la funzione di Tutore territoriale per il Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 24 del D. Lgs. n. 368/1999, e successive modifiche ed integrazioni, ai fini dell'inserimento nell'Elenco regionale 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,

Cognome Nome

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



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
