

**DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO REGIONALE DEI DOCENTI DEI CORSI DI
FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

**Regione Molise
Direzione Generale per la Salute
Servizio Organizzazione, Personale
dipendente, Formazione Personale SSR
Via Toscana, 45
86100 CAMPOBASSO**

II/La sottoscritt _____

CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco regionale dei Docenti 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 (del vecchio ordinamento, ovvero laurea specialistica, o laurea magistrale) 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 del Diploma di Specializzazione in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
10. di esercitare la professione di _____ presso _____;

11. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dall'Avviso ed, in particolare *(cancellare la parte che non interessa)*:

- di essere Dirigente Medico del personale del Servizio sanitario nazionale *(o posizione corrispondente qualora si tratti di Docente Universitario con funzioni assistenziali)*, con riconosciuta esperienza nelle materie per cui deve conferirsi l'incarico *(specificare il possesso della specializzazione nelle materie di insegnamento del corso o almeno 5 anni di esperienza nelle branche specifiche delle suddette materie)*;
- di essere Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, con un'anzianità di dieci anni di attività convenzionale con il SSN, la titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente e operante in uno studio professionale sito nel territorio regionale e conforme ai requisiti di legge;
- essere iscritto all'Elenco Regionale dei medici Tutori dei corsi di formazione specifica in Medicina Generale;
- essere iscritto da almeno 5 (cinque) anni nell'Elenco regionale degli Animatori di formazione istituito ai sensi dell'art. 8, comma 14, lett. c) del D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270;
- di essere iscritto ad una Società Scientifica nazionale accreditata.

12. di aver espletato le seguenti attività, considerate quale titolo preferenziale:

13. di essere disponibile a fare il docente nei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale.

14. di voler ricevere ogni comunicazione inerente il presente avviso al seguente recapito:

via/piazza _____ n. _____ Comune _____ (prov. _____)
(cap _____) tel. n. _____;

15. 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;
- (altro documento o titolo ritenuto utile ai fini della propria valutazione).

Si impegna a fornire ogni utile documento eventualmente richiesto ed 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 _____