

(Per i Medici che abbiano conseguito l'attestato di Tutor di Medicina Generale 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 TUTOR DI MEDICINA GENERALE PER IL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE MOLISE

REGIONE MOLISE
Direzione Generale per la Salute
Servizio Supporto al Direttore Generale, Risorse
Umane del S.S.R., Formazione, E.C.M.
Via Nazario Sauro,1
86100 CAMPOBASSO

PEC: regionemolise@cert.regione.molise.it

Il/La sottoscritt

nato/a a prov. Stato

il..... codice fiscale

residente a prov..... CAP

in via/piazza n. civico

recapito telefonico indirizzo e-mail.....

indirizzo PEC cittadinanza

CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco dei Tutor 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 nella Regione Molise, sito nel comune di

..... CAP..... Provincia via
..... n. telefono indirizzo e-
mail indirizzo PEC

4. di aver conseguito l'attestato di Tutor di Medicina Generale 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..... CAP

recapito telefonico.....indirizzo e-mail

indirizzo PEC

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.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui all'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 contenuta nell'Avviso e di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n.2016/679 e del D.Lgs. n. 101/2018, ai soli fini della presente procedura;

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.

Luogo e data

Firma
