



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO PROPEDEUTICO SUGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI E SULLE METODOLOGIE DIDATTICHE PER TUTOR DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, DEL TIROCINIO PRE-LAUREA PER GLI STUDENTI DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA E TUTOR VALUTATORE PER L'ESAME DI STATO

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bari e Direttore Provinciale del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale presso l'Ordine di Bari

Il/la

sottoscritto/a Dr. _____ nato a: _____ il: _____
residente a: _____ Via e n.: _____
e-mail _____
Pec/FAX: _____ Telefono: _____ Cell.: _____

in possesso dei requisiti per lo svolgimento del ruolo di Tutor di Medicina Generale del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, previsti dall'art. 27, comma 3, del Decreto Legislativo n. 368/99, DEL TIROCINIO PRE-LAUREA per gli STUDENTI DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA e TUTOR VALUTATORE PER L'ESAME DI STATO (attività convenzionale da non meno di dieci anni, assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale di 1500 assistiti, esercizio dell'attività in studio autorizzato dalla A.S.L.),

CHIEDE

di poter partecipare al CORSO PROPEDEUTICO SUGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI E SULLE METODOLOGIE DIDATTICHE PER TUTOR DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, DEL TIROCINIO PRE-LAUREA PER GLI STUDENTI DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA E TUTOR VALUTATORE PER L'ESAME DI STATO

A tal fine DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità:

- che tutte le informazioni contenute nell'allegato "curriculum" sono veritiere e che l'eventuale accertato rilascio di dichiarazioni non veritiere comporta, oltre alle conseguenze penali previste dalle leggi in materia, l'immediata esclusione dall'Elenco e la revoca inappellabile di incarichi eventualmente conferiti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale insorgenza di situazioni professionali che facciano venir meno il possesso dei summenzionati requisiti previsti dall'art. 27, comma 3, del Decreto Legislativo n. 368/99, per i conseguenti adempimenti dei responsabili del Corso.

Allega alla presente "Curriculum Professionale e Formativo", debitamente redatto sull'apposito modulo predisposto dall'Assessorato Regionale, datato e firmato.

Ai sensi della Legge DLGS n.196/03 e successive modificazioni e integrazioni, il sottoscritto autorizza l'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute, l'Ordine dei Medici e l'Azienda A.S.L. al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda e nel curriculum allegato per i propri fini istituzionali relativi agli adempimenti connessi allo svolgimento del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Avvertenza: nel caso di invio per posta, e-mail o fax, a pena di irricevibilità, allegare fotocopia del Documento di Identità



CURRICULUM PROFESSIONALE E FORMATIVO ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO PROPEDEUTICO SUGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI E SULLE METODOLOGIE DIDATTICHE PER TUTOR DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, DEL TIROCINIO PRE-LAUREA PER GLI STUDENTI DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA E TUTOR VALUTATORE PER L'ESAME DI STATO

Luogo e data

Firma del Medico

Dati Generali del Medico Tutor:

| | | |
|-------------------|-------------------|------------------|
| Cognome: | Nome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: | Provincia: |
| Indirizzo Studio: | Città: | Via e n. civico: |
| Telefono Studio: | Cellulare: | e-mail Pec: |

Dati inerenti l'attività professionale:

| | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Convenzione in qualità di Medico di Medicina Generale | dal (anno): | A.S.L.: | | |
| Numero assistiti attualmente in carico: | Ore settimanali di ambulatorio: | | | |
| Esercizio in esclusiva dell'attività di Medico di Medicina Generale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | |
| Eventuale altra attività libero-professionale: | | | | |
| Eventuale altra attività convenzionata: | Ore sett.: | | | |
| Adesione a forme associative: | Gruppo/ /super <input type="checkbox"/> | Rete/Super <input type="checkbox"/> | Associazione <input type="checkbox"/> | Nessuna <input type="checkbox"/> |
| Collaboratori in servizio presso lo studio: | Segretaria <input type="checkbox"/> | Infermiera <input type="checkbox"/> | Nessuno <input type="checkbox"/> | |
| Usa il Computer in ambulatorio? | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Software Professionale in uso: | |
| Presso lo Studio sono in uso attrezzature mediche particolari? | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | | |
| Se sì, quali? | | | | |

Dati inerenti le competenze formative:

| | | | |
|--|-------------------------------------|-------|--|
| Anno di laurea: | presso l'Università degli Studi di: | | |
| Specializzazioni: | Università: | anno: | |
| | Università: | anno: | |
| Perfezionamenti: | Università: | anno: | |
| | Università: | anno: | |
| Iscrizione a Società Scientifiche della Medicina Generale: | Società: | dal: | |
| | Società: | dal: | |

Luogo e data

Firma del Medico

Ai sensi della Legge DLGS n.196/03 e successive modificazioni e integrazioni, il sottoscritto autorizza l'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute, l'Ordine dei Medici e l'Azienda A.S.L. al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda e nel curriculum allegato per i propri fini istituzionali relativi agli adempimenti connessi allo svolgimento del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Avvertenze: barrare i riquadri si/no quando richiesto – allegare la documentazione relativa ai titoli dichiarati