

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO TUTOR DI MEDICINA GENERALE INERENTE IL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

- Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Barletta Andria Trani
- Al Dirigente Responsabile U.O.S.V. Formazione e P.U. della ASL BT

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____

Il _____ residente in _____

Via _____ n. _____

e-mail _____ PEC _____

Telefono/Fax: _____ Cell.: _____

in possesso dei requisiti previsti dall'art. 27, comma 3, del D. Lgs. n. 368/1999 (attività convenzionale da non meno di dieci anni, assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale di 1500 assistiti) per lo svolgimento del ruolo di *TUTOR DI MEDICINA GENERALE DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE*

CHIEDE

di poter partecipare al CORSO PER TUTOR DI MEDICINA GENERALE relativo al CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

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. 368/1999,

E' INOLTRE CONSAPEVOLE CHE

Detto corso fornirà anche gli elementi necessari al ruolo di tutor per il tirocinio pre-laurea, per gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, e tutor valutatore post-laurea per l'Esame di Stato. In ogni caso lo svolgimento effettivo di questo ruolo è subordinato al nulla osta l'Università degli Studi di Bari

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

Luogo e data

Firma del Medico