



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./ssa _____ nat_ a _____

Il _____ residente in _____

Via _____ n. _____

e-mail _____ PEC _____

Telefono: _____ Cell.: _____

in possesso dei seguenti requisiti previsti dall'art. 27, comma 3, del D. Lgs. n. 368/1999 e successive modifiche:

- attività convenzionale da non meno di cinque anni
- assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale di 1500 assistiti

propedeutici per:

- le attività di tutoraggio del corso triennale di formazione specifica in medicina generale
- per il tirocinio pre laurea per gli studenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- per le attività di tutoraggio nei confronti degli specialisti ambulatoriali esterni;
- per l'attività di tutoraggio ai frequentanti la Scuola di Specializzazione in "Medicina di Comunità e delle Cure Primarie".

CHIEDE

di poter partecipare al CORSO PER TUTOR DI MEDICINA GENERALE che si svolgerà presso la Sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Barletta Andria Trani nei giorni 26 giugno 2026 per i Medici Ospedalieri e Medici Convenzionati Esterni della ASL e il 27 giugno 2027 per i Medici di Medicina Generale

A tal fine DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità: (barrare la/le caselle di proprio interesse)

- di essere Medico Dipendente o Convenzionato Esterno con la ASL BT

OPPURE

- di esercitare l'attività convenzionale (assistenza primaria) da non meno di cinque anni
- di essere titolare di scelte di assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale di 1500 assistiti
- che tali informazioni 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

I dati personali da Lei forniti a quest'Ordine e raccolti, formeranno oggetto del trattamento nel rispetto della normativa vigente e per le finalità espresse nell'informativa privacy allegata e conformemente agli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'Ente.



- 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,

Luogo e data _____

Firma del Medico