

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL RETRAINING PER TUTOR DI MEDICINA GENERALE DEL 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 _____

e-mail _____ PEC _____

Telefono: _____ Cell. _____

Dichiara:

- di essere in possesso del **titolo** di TUTOR DI MEDICINA GENERALE DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, secondo i requisiti di cui all'art. 27, comma 3, del Decreto Legislativo n. 368/1999
- che a tutt'oggi ha i **requisiti** per lo svolgimento dei suddetti ruoli di Tutor di Medicina Generale di cui all'art. 27, comma 3, del D. Lgs. n. 368/1999 (attività convenzionale da non meno di cinque anni, assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale di 1500 assistiti)

CHIEDE

di poter partecipare al **RETRAINING** PROPEDEUTICO del giorno 27/6/2026 presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Barletta Andria Trani per

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

A tal fine DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità:

- che tutte le informazioni rilasciate 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

Luogo e data

Firma del Medico