

**CURRICULUM PROFESSIONALE E FORMA77V0 ALLEGATO ALLA DOMANDA PER LUSERIMENTO NELL'ELENCO DEI TUTOR DEL
CORSOTRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

Dati Generali del Medico Tutor:

Cognome: _____ Nome: _____
Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Provincia: _____
Indirizzo Studio: _____ Città: _____ Via e. civico: _____
Cellulare: _____ e-mail: _____

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	No		
Eventuale altra attività libero-professionale: _____				
Adesione a forme associative:	Gruppo	Rete	Associazione	Nessuna
Collaboratori in servizio presso lo studio:		Segretaria	Infermiera	Nessuno
Software gestionale di cartella clinica:				

Dati inerenti le competenze formative:

Anno di Laurea: _____

Specializzazioni: Indicare quali _____

Iscrizione a Società Scientifiche della Medicina Generale: indicare quali: _____

Attestato di Tutor per la formazione Specifica in Medicina Generale: **Si** **No**
Rilasciato da _____ in data _____

Attestato di Tutor Valutatore di Tirocinio Abilitante **Si** **No**
Rilasciato da _____ in data _____

Attestato di Animatore di Formazione per la Medicina Generale **Si** **No**
Rilasciato da _____ in data _____

Eventuali altre competenze o esperienze formative in Medicina Generale (specificare):

Data

Firma

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,