

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/Fax: _____ 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
- a tutt'oggi dei **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 dieci anni, assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale di 1500 assistiti)

CHIEDE

di poter partecipare al **RETRAINING** PROPEDEUTICO SUGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI E SULLE METODOLOGIE DIDATTICHE PER TUTOR DI MEDICINA GENERALE DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE previsto per il giorno 15/6/2019 presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Barletta Andria Trani

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

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

Luogo e data

Firma del Medico