



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa

Corso Gelone, 103 - 96100 Siracusa

Tel. 0931.66577 - Fax 0931.22098

E-mail: info@ordinedeimediscir.it - PEC: info@pec.ordinedeimediscir.it

All n. 1.

TUTOR/VALUTATORE MMG- FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA: MODELLO DOMANDA CON AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DPR N.445/2000

Il/La _____ sottoscritto/a _____ Dott. _____

_____ Nato/a _____ a _____ (____) il _____

_____ Codice Fiscale _____, iscritto all' Albo dei Medici Chirurghi di Siracusa dal _____ al n. _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

_____ Prov _____ Indirizzo di posta elettronica _____

_____ PEC _____

Recapito telefonico _____

Ambulatorio e recapiti Professionali (principali)

Comune _____

Indirizzo _____ Cap _____

Cellulare _____ tel ambulatorio _____

Email _____

* questi dati verranno comunicati ai tirocinanti al momento dell'assegnazione.

**CHIEDE DI ESSERE IMMESSO NELL'ELENCO DEI MEDICI TUTOR Valutatore MMG –
Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania;**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 e successive modifiche e integrazioni, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalle normative attualmente in vigore per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

- Di essere in possesso dei requisiti previsti dall' art. 27, comma 3, del D.Lgs. n. 368/99:

[] Anzianità di almeno dieci anni di attività convenzionale con il SSN (anno di inizio del convenzionamento _____), nonché la titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente;

[] Oppure, in caso di carenza, anzianità di almeno cinque anni (anno di inizio del convenzionamento _____) con il servizio sanitario nazionale, nonché la titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente

[] di non avere provvedimenti disciplinari sanzionati con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei dodici mesi precedenti la domanda di iscrizione all'elenco;

[] di disporre di un sistema informatico efficace ed aggiornato, uso routinario della cartella informatizzata e collegamento ad internet, personale di segreteria;



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa

Corso Gelone, 103 - 96100 Siracusa

Tel. 0931.66577 - Fax 0931.22098

E-mail: info@ordinedeimedicsir.it - PEC: info@pec.ordinedeimedicsir.it

di impegnarsi ad attenersi alle modalità di valutazione del tirocinio pratico valutativo, previste dal libretto-diario;

di garantire una disponibilità di tempo a svolgere, per almeno sei mesi ad anno solare, l'attività tutoriale valutativa.

Data _____ Firma _____

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs 196/2003 e s.m.i., il sottoscritto autorizza l'Ordine dei Medici e l'Università degli Studi di Catania al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda per i propri fini istituzionali relativi agli adempimenti connessi alla Convenzione in essere.

Data _____ Firma _____

Allegare anche fotocopia di un documento di identità.