

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO REGIONALE DEI TUTOR DI
MEDICINA GENERALE PER I CORSI TRIENNALI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN
MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE SICILIANA

*Alla Regione Siciliana
Assessorato della Salute
Dipartimento attività sanitarie
e Osservatorio epidemiologico
Area 7 formazione e comunicazione
Via Mario Vaccaro n.5
90145 PALERMO*

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il Codice Fiscale
residente a
indirizzo
e-mail cell. Tel.

C H I E D E

di essere inserito/a nell'elenco dei tutor di medicina generale della Regione siciliana per i corsi di
formazione specifica in medicina generale.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 dichiaro:

1. di essere cittadino/a italiano/a;
2. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito in data
presso l'Università degli Studi di
3. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito in data
..... presso l'Università degli Studi di
4. di essere iscritto/a all'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di
5. di essere convenzionato con il servizio sanitario regionale con il seguente numero di
convenzione presso l'Azienda sanitaria provinciale di
6. di avere svolto attività convenzionata con il S.S.R. da non meno di dieci anni e di avere un
numero di assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale previsto dalla convenzione.

Allega alla presente: curriculum vitae e copia di un documento di identità in corso di validità.

Ai sensi della legge n.675/96 e successive modifiche ed integrazioni, il sottoscritto autorizza
l'Assessorato regionale della salute al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda e nel
curriculum allegato per i propri fini istituzionali relativi agli adempimenti connessi allo svolgimento
dell'eventuale incarico di tutor di medicina generale per i corsi triennali di formazione specifica in
medicina generale.

Data:

Firma: _____