

**DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO PROVINCIALE DEI TUTOR DI MEDICINA GENERALE
DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

Triennio 2006 - 2009 Provincia di _____

Al Direttore Provinciale del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale
presso Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di iscrizione del Richiedente

Il sottoscritto Dr. _____ nato a: _____ il: _____
residente a: _____ Via e n.: _____
e-mail: _____ Telefono: _____ Cell.: _____

in possesso dei requisiti per i medici Tutor di Medicina Generale del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, previsti dall'art. 27, comma 3, del Decreto Legislativo n. 368/99 (attività convenzionale da non meno di dieci anni, assistiti in carico pari ad almeno la metà del massimale, esercizio dell'attività in studio autorizzato dalla A.S.L.),

CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco Provinciale dei Tutor di Medicina Generale della Provincia di _____
per il Triennio: **2006/2009** .

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità:

- di essere a conoscenza e di accettare che l'inserimento nel predetto Elenco non comporta automaticamente il diritto al conferimento dell'incarico per il triennio in corso, in quanto le modalità di abbinamento previste dal Comitato Tecnico Regionale per la Formazione Specifica in Medicina Generale stabiliscono la facoltà, per il Tirocinante, di esercitare motivata opzione sulla scelta del Tutor in base all'esame dei *curricula* di tutti gli iscritti nell'Elenco, con particolare riguardo al criterio di residenza del Tirocinante;
- di impegnarsi a frequentare, pena l'esclusione dal predetto Elenco, il *Corso Propedeutico sugli aspetti organizzativi e sulle metodologie didattiche* del Corso Triennale, che la Regione Puglia organizzerà a livello delle singole province, nonché gli eventuali ulteriori *corsi di verifica e valutazione*, per la durata dell'intero triennio;
- di essere a conoscenza e di accettare che la frequenza del predetto corso, *per la parte relativa agli aspetti organizzativi*, è obbligatoria anche per quanti siano già in possesso di attestato di Tutor del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale rilasciato da Università, Enti Pubblici e Privati e/o Società Scientifiche;
- di impegnarsi, in caso di effettivo conferimento dell'incarico di Tutor nel triennio in corso, ad attenersi scrupolosamente alle disposizioni di legge e a quelle regolamentari emanate dalla Regione Puglia per lo svolgimento dell'attività didattica di natura pratica e teorica integrata, e di accettare espressamente e senza riserve le previsioni relative all'eventuale possibilità di revoca dell'incarico contemplate nel programma regionale del Corso;
- di essere a conoscenza che le disposizioni del programma del Corso Triennale riguardano esclusivamente, nel rispetto degli obiettivi formativi, gli aspetti organizzativi e didattici dell'attività di Tutor, mentre tutto quanto attiene gli aspetti economici e contrattuali è demandato agli accordi regionali con le Organizzazioni Sindacali di categoria;
- 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, per i conseguenti adempimenti dei responsabili del Corso;
- di essere a conoscenza che l'inserimento nell'Elenco Provinciale è valida solo per il triennio in corso e non pregiudica l'obbligatorietà del possesso e dell'accertamento dei prescritti requisiti per i corsi triennali successivi.

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

Luogo e data _____ Firma del Medico _____

Ai sensi della Legge n. 675/96, e successive modificazioni e integrazioni, il sottoscritto autorizza l'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute, l'Ordine dei Medici e l'Azienda A.S.L. al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda e nel curriculum allegato per i propri fini istituzionali relativi agli adempimenti connessi allo svolgimento del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Luogo e data _____ Firma del Medico _____

Avvertenza importante: nel caso di invio per posta, e-mail o fax, allegare anche fotocopia di un documento di identità

CURRICULUM PROFESSIONALE E FORMATIVO ALLEGATO ALLA DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI TUTOR DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE – TRIENNIO 2006/2009

Dati Generali del Medico Tutor:

Cognome:	Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:	Provincia:
Indirizzo Studio:	Città:	Via e n. civico:
Telefono Studio:	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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Eventuale altra attività libero-professionale:		
Eventuale altra attività convenzionata:	Ore sett.:	
Adesione a forme associative:	Gruppo <input type="checkbox"/>	Rete <input type="checkbox"/> Associazione <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/>
Collaboratori in servizio presso lo studio:	Segretaria <input type="checkbox"/>	Infermiera <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/>
Usa il Computer in ambulatorio?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Software Professionale in uso:
Presso lo Studio sono in uso attrezzature mediche particolari?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Se si, quali?		

Dati inerenti le competenze formative:

Anno di laurea:	presso l'Università degli Studi di:	
Specializzazioni:	Università:	anno:
	Università:	anno:
Perfezionamenti:	Università:	anno:
	Università:	anno:
Iscrizione a Società Scientifiche della Medicina Generale:	Società:	dal:
	Società:	dal:
Attestato di Tutor per la Formazione Specifica in Medicina Generale:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Rilasciato da:	in data:	(allegare copia)
Attestato di Tutor Valutatore del Tirocinio Abilitante	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Rilasciato da:	in data:	(allegare copia)
Attestato di Animatore di Formazione per la Medicina Generale	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Rilasciato da:	in data:	(allegare copia)
Docenze Universitarie (specificare e allegare attestato):		

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

data

Firma del Tutor

Avvertenze: barrare i riquadri si/no quando richiesto – allegare la documentazione relativa ai titoli dichiarati