

**RICHIESTA ISCRIZIONE ELENCO DOCENTI  
Riservata a Medici di Medicina Generale**

Il sottoscritto dott./ssa.....Nato/a.....

il.....residente a.....Via.....

N° iscrizione Ordine dei Medici.....di.....

Ambulatorio sito in Via.....Città.....

Tel./Cell ..... e-mail studio.....

Esercita in modo esclusivo l'attività di Medico di Medicina Generale    Si         No

N° assistiti in carico .....Se No quale altra attività esercita.....

E' in possesso di altro titolo di Specializzazione    No         Si  .....

Dichiaro inoltre di:		
Si	No	1. Essere stato Docente nei Seminari Interdisciplinari del Corso di Formazione Specifica in MG della Regione Puglia negli anni precedenti (Indicare l'anno di inizio)
Si	No	2. Essere iscritto nell'elenco regionale dei "tutors" per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale ( <i>salvo nuove modifiche D.M. Salute 7.3.2006-D.G.R. 155 del 21.2.2006</i> )
Si	No	3. Essere in possesso del titolo "Animatore di Formazione" in Medicina Generale
Si	No	4. Essere in possesso del titolo di "tutor" per il tirocinio valutativo finalizzato al conseguimento della abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo
Si	No	5. Essere in possesso del titolo di "tutor" del corso di Medicina Generale per gli studenti di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Foggia

<b>Elenco aree tematiche</b>	
<b>Argomenti prescelti</b>	
<b>Proposte di iniziative didattiche</b> <i>(facoltativo)</i>	

Data.....

Firma.....