

**(ALL.2) Fac- simile domanda****Al CeForMed**

Centro Regionale di Formazione per l'Area  
delle Cure Primarie del Friuli Venezia  
Giulia c/o Ospedale San Polo

Via Galvani, 1

34074 Monfalcone (Go)

PEC [aas2.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:aas2.protgen@certsanita.fvg.it)

Oggetto: Richiesta di inserimento nell' Elenco dei Medici Tutor della Regione Friuli- Venezia  
Giulia inerenti il Corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D. Lvo 368/99.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome e Nome)

nato/a \_\_\_\_\_ (prov: \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) (cap) \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

e-mail personale (stampatello) \_\_\_\_\_

P.E.C. personale (stampatello) \_\_\_\_\_

Recapito tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Convenzionato con l'Azienda: \_\_\_\_\_

**STUDIO MEDICO**

Sede dello studio Medico (città) \_\_\_\_\_ prov.(. \_\_\_\_\_) (cap) \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

e-mail studio (stampatello) \_\_\_\_\_

Recapito tel. studio \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_



Orari di studio:

Lunedì \_\_\_\_\_

Martedì \_\_\_\_\_

Mercoledì \_\_\_\_\_

Giovedì \_\_\_\_\_

Venerdì \_\_\_\_\_

Sabato \_\_\_\_\_

chiede

di poter svolgere le funzioni di tutore per la formazione di cui al D.Lvo n. 368/1999, quale Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera Scelta convenzionato con il SSN, e di essere ammesso/a alla SELEZIONE PER MEDICI TUTOR PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PREVISTO DALL'ART.26 DEL D.L.VO 368/99 NELL'AMBITO DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, come da Decreto del Direttore Generale dell'AAS n.2 Bassa Friulana- Isontina n. 461 dd. 05/09/2019

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso Decreto, per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

1. di essere iscritto all'albo professionale dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
2. di essere convenzionato con un'Azienda per l'Assistenza Sanitaria del FVG;
3. di essere convenzionato con il SSN da almeno 10 anni
4. di essere attualmente convenzionato con l' Azienda \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
5. di avere n. \_\_\_\_\_ assistiti in carico al momento di presentazione della domanda;
6. svolgere l'attività esclusiva di Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta;



**Fornisce le seguenti informazioni in merito all'organizzazione dell'attività (barrare la scelta corretta):**

7. organizzazione per l'accesso in studio prevalentemente su appuntamento:  SI'  NO
8. disporre di locali adeguati all'attività formativa:  SI'  NO
9. utilizzo di sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche collegati in rete con appositi programmi dedicati accreditati CICOM –  SI'  NO
10. far parte/partecipare alla medicina di gruppo in sede unica:  SI'  NO
11. disporre di personale di segreteria :  SI'  NO
12. disporre di personale infermieristico:  SI'  NO
13. partecipare/svolgere progetti di ricerca: :  SI'  NO
14. avere svolto attività di Tutor per i corsi di formazione specifica in Medicina Generale CeForMed o analoga Scuola di formazione specifica di altre Regioni  SI'  NO

dichiara inoltre di :

15. essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale CeForMed o analoga scuola di formazione di altre Regioni:  SI'  NO
16. dare la totale disponibilità a frequentare lo specifico corso di formazione professionale previsto e tutti gli ulteriori futuri specifici percorsi formativi eventualmente organizzati dalla regione FVG, per il mantenimento della funzione;
17. accettare tutte le disposizioni del presente avviso di selezione;

**Se diverso dall'indirizzo sopra riportato per ogni comunicazione, indicare il proprio recapito**

città \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_)

c.a.p. \_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_



impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/16/UE e del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato con il D. Lgs. 101/2018, si informa che i dati personali relativi ai candidati saranno trattati, esclusivamente per l'espletamento di questo procedimento, presso l'AAS n.2 "Bassa friulana Isontina", in qualità di titolare. Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento della procedura di cui trattasi. Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate a terzi e alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura o alla posizione giuridico economica del candidato. L'eventuale comunicazione a terzi avverrà solo se necessaria per le finalità previste, e nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs 196/2003, così come modificato con il D. Lgs. 101/2018.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali per le attività relative alla procedura in oggetto nonché allo svolgimento del corso e per ogni altra finalità ad esso correlata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- curriculum formativo e professionale in formato europeo autocertificato datato e firmato;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.