

**Candidatura per la partecipazione al corso di formazione
dei Tutor MMG della Scuola di formazione specifica in medicina generale**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Recapito telefonico _____ Email _____

CHIEDE

di essere ammesso al corso di formazione dei Tutor MMG della Scuola di formazione specifica in medicina generale.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dalla legge per ipotesi di falsità di atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

☐ di essere ad oggi regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici di _____

☐ di essere Medico di Medicina Generale di assistenza primaria (ora ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta) titolare di n. _____ scelte presso l'Azienda ULSS della Regione del Veneto:

☐ 1 Dolomiti

☐ 2 Marca trevigiana

☐ 3 Serenissima

☐ 4 Veneto Orientale

☐ 5 Polesana

☐ 6 Euganea

☐ 7 Pedemontana

☐ 8 Berica

☐ 9 Scaligera

☐ di aver conseguito un numero totale di _____ anni di convenzionamento con il SSN, maturati così come di seguito indicato:

NB. specificare per ogni incarico: tipologia (assistenza primaria, continuità assistenziale - ora ruolo unico di assistenza primaria rispettivamente a ciclo di scelta e ad attività oraria - emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi territoriali, assistenza negli istituti penitenziari..), durata e Azienda.

Tipologia	Dal	Al	Azienda

Tipologia	Dal	Al	Azienda

ALLEGA

- **curriculum vitae**
- copia di un **documento di identità** in corso di validità

Data

Firma