



Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile a stampatello

DOMANDA INSERIMENTO ALBO TUTOR OSPEDALIERI E/O TERRITORIALI CFSMG

Il/La sottoscritto/a

_____ COGNOME _____ NOME _____

nato/a il

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 a _____ prov. _____

residente in via/piazza _____ nr. _____

C.A.P.

--	--	--	--	--	--

 città _____ prov. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 E mail aziendale _____

p.e.c. _____ telef./cell. _____

CHIEDE

di essere inserito nell'Albo Aziendale dei Tutors Ospedalieri e/o Territoriali del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) della Regione Campania

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi,

DICHIARA DI:

- Essere in possesso di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di _____
il _____ con il punteggio di _____ iscritto all'Ordine dei Medici della Prov. di _____
- Essere in possesso del seguente titolo di specializzazione _____
e che lo stesso è attinente con la fase del corso per cui si chiede il tutoraggio
- Essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASL In servizio presso: (specificare sede operativa)
P.O. _____ Distretto _____
- Di essere a conoscenza delle disposizioni normative riguardanti il CFSMG, nonché di quanto riportato nell'allegato alla D.G.R.C. n. 170 del 24/04/2019, pubblicata sul BURC n. 23 del 29/04/2019;

- Di conoscere il Regolamento del CFSMG ed il “Programma Didattico” del CFSMG approvato dal Gruppo Tecnico Scientifico (G.T.S.) ed emanato con Decreto DG n. 247/2018, e di avere un’esperienza professionale nella “Fase del Corso” per la quale si intende esercitare la funzione di “Tutor” che è la seguente: (barrare con una x la casella corrispondente)

Area Clinica:

- medicina clinica e medicina di laboratorio
 chirurgia generale
 dipartimento materno/infantile
 ostetricia e ginecologia
 pronto soccorso

Area Territoriale:

- strutture di base territoriale

Si allegano:

- Curriculum formativo e professionale formulato ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000;
- fotocopia di un valido documento d’identità.

Il/La sottoscritto/a manifesta la propria disponibilità a partecipare ad attività di aggiornamento e formazione destinate al “Corpo Tutor” del Corso di Formazione Specifico in Medicina Generale della Regione Campania, a prendere parte ad incontri di lavoro con i Coordinatori e le Figure Professionali di Supporto alla didattica, nonché a sostenere eventuali valutazioni periodiche e verifiche sull’andamento dell’attività didattica da parte dei Coordinatori delle Attività Didattiche e del Gruppo Tecnico di Supporto (G.T.S.)

Firma del dichiarante

Data _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione, ed inoltre autorizza l’ASL Salerno e la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali nel rispetto della vigente normativa in materia e per le finalità strettamente necessarie all’inserimento nell’Albo dei Tutor Ospedalieri e Territoriali del CFSMG, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018, - Codice in materia di protezione dei dati personali - normativa adeguata al nuovo “Regolamento Europeo - GDPR 2018 n. 2016/79” di cui al D.lgs. 18/05/2018, n. 51.

Firma del dichiarante

Data _____