

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PISA**

Il/la sottoscritto/a dott./ssa
nato/a a il
codice fiscale residente nel Comune
di indirizzo
Domicilio (se diverso dalla residenza) Comune
indirizzo
con studio professionale sito in
indirizzo cell.
Email P.E.C.

vista la Convenzione fra Università di Pisa e Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa per l'inserimento dei Medici di Medicina Generale nelle attività formative del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia,

chiede

di essere inserito nell'elenco dei Medici Tutor per gli studenti del V e VI anno di corso, che frequenteranno gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale per l'acquisizione dei 3 CFU previsti (60 ore equivalenti a n.2 settimane di frequenza).

A tal proposito dichiara quando segue:

Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di
data di iscrizione numero di iscrizione
Di essere Medico di Medicina Generale, convenzionato con il SSN dal
per un totale di anni e di avere in carico n. pazienti .

Di essere tutt'ora convenzionato con la ASL n. di

Di esercitare esclusivamente l'attività di medico di medicina generale;

Di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale;

Di essere iscritto nell'elenco degli animatori di formazione per medici di medicina generale della Regione Toscana;

DI AVERE SVOLTO LE SEGUENTI ATTIVITÀ

(BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Medico tutore nell'ambito del tirocinio pratico presso un Medico di Medicina Generale (MMG) convenzionato, ai fini dell'esame di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, come previsto dal DM n. 445 del 19/10/01.

Docenza (almeno un seminario di 4 ore) svolta in uno degli ultimi tre corsi di formazione specifica in medicina generale (corso 2011/2014 - corso 2012/2015 – corso 2013/2016)

Medico tutore svolta in almeno uno degli ultimi cinque corsi di formazione specifica in medicina generale (specificare anno:);

Coordinatore del corso di formazione specifica in medicina generale svolta in almeno uno degli ultimi cinque corsi (specificare anno:).

Di appartenere alla seguente forma associativa:

- Medicina di gruppo; Medicina in rete;
 Medicina in associazione; Medicina cooperativa.

Di avere personale in studio, secondo quanto previsto dall'A.C.N. vigente

- infermieristico di segreteria ;

Altri titoli formativi professionali:

Voto di Laurea

Specializzazioni:

Università:

Università:

Università:

Esperienze didattiche:

Ore n. presso anno

Ore n. presso anno

Ore n. presso anno

Ore n. presso anno

Ore n. presso anno

Titoli accademici (specificare):

Pubblicazioni (specificare):

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pisa si riserva di effettuare controlli in merito alla veridicità ed alla validità della documentazione inviata. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità della dichiarazione rese dal concorrente, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento preso sulla base della dichiarazione non veritiera.

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Data.....

In fede.....

Recapitare a:

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PISA

- Raccomandata A/R: VIA A. BATTELLI 5, 56127 – PISA
- Posta Elettronica Certificata: segreteria.pi@pec.omceo.it
- Fax: 0507912044