

(Per i Medici già iscritti nell'Elenco regionale dei Tutor di Medicina Generale)

FAC-SIMILE DOMANDA DI CONFERMA NELL'ELENCO DEI TUTOR DI MEDICINA GENERALE

REGIONE MOLISE
Direzione Generale per la Salute
Servizio Supporto al Direttore Generale, Risorse
Umane del S.S.R., Formazione, E.C.M.
86100 CAMPOBASSO

PEC: regionemolise@cert.regione.molise.it

Il/La sottoscritt
nato/a a prov. Stato
il..... codice fiscale
residente a prov..... CAP
in via/piazza n. civico
recapito telefonico indirizzo e-mail..... indirizzo
PEC cittadinanza

inserito nell'elenco dei Tutori di Medicina Generale vigente,

CHIEDE

- di essere confermato nell'elenco dei Tutor di Medicina Generale della Regione Molise.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi degli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità,

1. di svolgere attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale dal, per un totale di n anni;
2. di avere in carico un numero di assistiti, pari/superiore alla metà del massimale vigente;
3. di svolgere l'attività di Medico di Medicina Generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale presso lo studio professionale accreditato nella Regione Molise, sito nel Comune di CAP..... Provinciavia n. telefono indirizzo e-mail

Atto: DIRSALUTE 2024/28 del 28-02-2024
Servizio proponente: DS.AA.02.5C.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

..... indirizzo PEC

Comunica che il domicilio o il recapito presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via n. Comune CAP

recapito telefonico indirizzo e-mail.....

indirizzo PEC

e si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni cambiamento relativo al medesimo.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che determini il venir meno dei requisiti innanzi specificati.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui all'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 contenuta nell'Avviso e di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n.2016/679 e del D.Lgs. n. 101/2018, ai soli fini della presente procedura;

Allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data

Firma
