

FAC-SIMILE

Elenco Animatori

REGIONE PIEMONTE
 ASSESSORATO SANITA'
 SETTORE ORGANIZZAZIONE, PERSONALE
 FORMAZIONE RISORSE UMANE
 C.so Regina Margherita 153 bis
 10122 TORINO

Il sottoscritto

NOME E COGNOME : _____

DATA E LUOGO DI NASCITA : _____

CODICE FISCALE : _____

RESIDENZA ANAGRAFICA : _____

DOMICILIO STUDIO : _____

CONVENZIONATO CON A.S.L. _____ DAL _____

Chiede di essere iscritto nell'Elenco **Regionale degli Animatori di Formazione in Medicina Generale**
e dichiara quanto segue:

NUMERO DI SCELTE IN CARICO : _____

CURRICULUM FORMATIVO : _____

ESPERIENZE DIDATTICHE : _____

- a) Di ESSERE in possesso dell' attestato di partecipazione a un corso di formazione in Medicina Generale rilasciato da Società Scientifiche e/o professionale accreditate con ECM rilasciato da _____
- b) Di ESSERE disposto ai partecipare ad attività di audit e/o ricertificazione.
- c) Di ESSERE iscritto negli elenchi della Medicina Generale della Regione Piemonte

data _____

firma _____

FAC-SIMILE

Elenco Docenti

REGIONE PIEMONTE
ASSESSORATO SANITA'
SETTORE ORGANIZZAZIONE, PERSONALE
FORMAZIONE RISORSE UMANE
C.so Regina Margherita 153 bis
10122 TORINO

Il sottoscritto

NOME E COGNOME : _____

DATA E LUOGO DI NASCITA : _____

CODICE FISCALE : _____

RESIDENZA ANAGRAFICA : _____

DOMICILIO STUDIO: _____

CONVENZIONATO CON A.S.L. _____ DAL _____

Chiede di essere iscritto nell'Elenco Regionale dei Docenti in Medicina Generale e dichiara quanto segue:

NUMERO DI SCELTE IN CARICO : _____

CURRICULUM FORMATIVO : _____

ESPERIENZE DIDATTICHE : _____

- a) Di ESSERE iscritto negli elenchi della Medicina Generale della Regione Piemonte
- b) Di AVERE Rapporto convenzionale esclusivo con la Medicina generale;
- c) Di ESSERE in possesso di almeno 5 (cinque) anni di attività come Animatore di formazione (Elenco regionale istituito ai sensi del DPR 484/96);
- d) Di ESSERE disposto ai partecipare ad attività di audit e/o ricertificazione.

data _____

firma _____