

*(Scrivere a macchina o in stampatello)*

Fac simile domanda

Alla Regione Piemonte  
 Assessorato alla Tutela della Salute  
 Settore Organizzazione Personale  
 Formazione Risorse Umane  
 Corso Regina Margherita 153 bis  
 10122 Torino

Oggetto: Richiesta di inserimento negli Elenchi dei Medici Tutor inerenti il Corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lvo 368/99.

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Sede dello Studio Medico (città) \_\_\_\_\_ (via) \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

rivolge domanda onde poter svolgere le funzioni di tutore per la formazione di cui al del Decreto Legislativo n.368/1999, quale medico di medicina generale convenzionato con il SSN.

Dichiara di :

- essere iscritto all'albo professionale dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ con numero assistiti in carico pari a : \_\_\_\_\_

- essere convenzionato con il SSR quale medico di medicina generale dal \_\_\_\_\_,  
 attualmente convenzionato con l'ASL \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**- di svolgere l'esercizio esclusivo della medicina generale;**

Fornisce inoltre le seguenti informazioni:

ORARIO DI STUDIO:

Lunedì \_\_\_\_\_ Mercoledì \_\_\_\_\_ Venerdì \_\_\_\_\_

Martedì \_\_\_\_\_ Giovedì \_\_\_\_\_ Sabato \_\_\_\_\_

SISTEMA DI ACCESSO ALLO STUDIO:

libero in " orario studio "  su prenotazione .  Misto

STRUTTURAZIONE DELLO STUDIO : (crociare se positivo)

sala attesa  sala piccola chirurgia  biblioteca

altro (specificare) \_\_\_\_\_ numero sale visita \_\_\_\_\_;

PERSONALE NON MEDICO: (crociare se positivo)

infermiera \_\_\_\_\_  segretaria \_\_\_\_\_  nessuno \_\_\_\_\_

SISTEMA RACCOLTA DATI UTILIZZATO:

- cartella cartacea tradizionale;
- cartella cartacea orientata per problemi;
- PC con programma di gestione delle cartelle cliniche
- PC collegati in rete con programma di gestione delle cartelle cliniche

## ATTREZZATURE UTILIZZATE: (crociare se positivo)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> E C G              | <input type="checkbox"/> Glucometro                             |
| <input type="checkbox"/> Oftalmoscopio      | <input type="checkbox"/> Anro Apparecchio Per Esami Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Otoscopio          | <input type="checkbox"/> Doppler                                |
| <input type="checkbox"/> Diapason           | <input type="checkbox"/> Spirometro                             |
| <input type="checkbox"/> Tavola Optometrica |   |

## ORGANIZZAZIONE DELLO STUDIO: (crociare se positivo)

- singolo                       più medici non associati                       in associazione  
 medicina di gruppo     in rete

## APPARTENENTE ALLA SOCIETÀ O AL GRUPPO SCIENTIFICO DELLA MEDICINA GENERALE:

---

## ESPERIENZE DI RICERCA SCIENTIFICA IN MEDICINA GENERALE:

---

## PUBBLICAZIONI SPECIFICHE NELL'AREA DELLA MEDICINA DI FAMIGLIA:

---



---

## ESPERIENZE IN CAMPO DIDATTICO: (crociare se positivo)

- Docente Università – laurea in Medicina e Chirurgia  
 Docente Università - Diploma triennale  
 Tutor percorso di laurea prelaurea  
 Tutor Universitario/valutativo preabilitazione  
 Docente in MG  
 Animatore di formazione in MG

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di accettare tutte le disposizioni relative al presente avviso, alla pianificazione del corso di formazione specifica in Medicina Generale emanate dalla Regione Piemonte e si rende disponibile a frequentare un corso di formazione, che questo Assessorato organizzerà entro l'anno 2007 nonché alle riunioni organizzative dei corsi in argomento pianificate dalla Regione Piemonte.
- di aver preso visione del disposto del Decreto legislativo 196 del 30.6.2003 (GU 174 del 29.7.2003 – Supplemento Ordinario n. 123) e di autorizzare il trattamento dei dati personali e la comunicazione degli stessi alle sedi formative nel rispetto della normativa vigente per le attività relative all'ammissione ed allo svolgimento del corso e per ogni altra finalità ad esso correlata;
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e di essere a conoscenza che le pubbliche amministrazioni e i loro dipendenti, salvi i casi di dolo o colpa grave, sono esenti da ogni responsabilità per gli atti emanati, quando l'emanazione sia conseguenza di false dichiarazioni o di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, prodotti dall'interessato o da terzi.

Data .....

Firma .....