

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

**Modulo di domanda di inclusione nell'elenco di Tutor–valutatore
per Medico di Unità Operativa di Medicina o per Medico di Unità Operativa di Chirurgia**

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari
Via Cavour 71/b
07100 SASSARI

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere incluso/a nell'elenco di Tutor–valutatore per Medico di Unità Operativa di Medicina o per Medico di Unità Operativa di Chirurgia, ai sensi del D.M. 445/2001.

AUTOCERTIFICAZIONE

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, artt. 46, 47 e 76, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione ed uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente a _____ Prov. _____;
- in via _____;
- tel. _____ cell. _____;
- e-mail _____ PEC _____;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di _____ al n. _____;
- di essere dipendente a tempo indeterminato della Struttura Ospedaliera _____ ubicata in _____ ASL di appartenenza _____;
- qualifica posseduta _____;
- Unità Operativa presso la quale si presta servizio _____;
- di non avere procedimenti disciplinari in corso e di non aver riportato provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei 12 mesi precedenti.

DICHIARA INOLTRE

(barrare se in possesso dei seguenti requisiti)

- di aver maturato precedenti esperienze nel campo del tutoraggio e della formazione permanente, con particolare riferimento alla capacità valutativa, precisamente _____;
- di gestire la cartella clinica con supporto informatico;
- che il reparto/ambulatorio ha attivato il collegamento ad Internet;
- di impegnarsi a partecipare ad uno specifico ed adeguato corso di formazione per Tutor–valutatore di tirocinio pratico valutativo e di sottoporsi a valutazione, con test di ingresso e di uscita, nel corso della formazione per Tutor–valutatore;
- di impegnarsi a dedicare almeno 2 (due) mesi nell'arco dell'anno solare all'attività tutoriale–valutativa;
- di impegnarsi a partecipare ai seminari interattivi organizzati dall'Ordine.
- di aver preso visione del regolamento e di accettarlo con la sottoscrizione della domanda.

Data _____

Firma _____

Timbro _____

Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.



Si precisa che i mesi in cui è prevista l'attività di tutor (salvo diversa disposizione ministeriale) sono i seguenti:

novembre dicembre gennaio

aprile maggio giugno

Si prega di indicare in quale dei suddetti mesi non si è disponibili:

I dati così raccolti verranno trattati allo scopo di istruire la pratica di assunzione della qualifica di "Tutor" e per la parte di competenza, verranno trasmessi all'Università Agli Studi di Sassari, affinché possa essere dato corso all'espletamento dell'Esame di Abilitazione per i laureati in Medicina e Chirurgia.

Il/La sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

Data _____

Firma _____

n.b.: allegare la fotocopia di un documento di identità