

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

Ottobre 2018

Modulo di domanda di inclusione nell'elenco di Tutor-Valutatore per Medici di Assistenza Primaria (Medicina Generale)

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 dei TUTOR-VALUTATORI dei Medici di Assistenza Primaria (Medicina Generale) ai sensi del D.M. 445/2001, previa frequentazione del corso di formazione organizzato da codesto Ordine.

A tal fine, ai sensi e agli effetti del D.P.R. 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/piazza _____;
- tel. _____ cell. _____;
- e-mail _____ PEC _____;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di _____
al numero d'ordine _____; Codice Regionale _____;
- indirizzo completo dello Studio Via _____ città _____ cap _____;
- di avere un'anzianità di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale non inferiore ad anni **dieci (10)** dal _____
da intendersi acquisita anche attraverso lo svolgimento del percorso di seguito indicato:
n. _____ anni (*almeno 3*) di titolarità di incarico di assistenza primaria e n. _____ anni (*almeno 7*) di titolarità di incarico di continuità assistenziale;
- di avere una titolarità di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente, cioè di _____;
- di non avere procedimenti disciplinari in corso e di non essere stato sanzionato con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei 12 mesi precedenti;

DICHIARA INOLTRE

(barrare se in possesso di 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;
- di aver attivato nel proprio studio il collegamento ad Internet;
- che lo studio è dotato di idonei spazi, attrezzature medicali, personale di segreteria e/o infermieristico;
- di impegnarsi a partecipare ad uno specifico ed adeguato corso di formazione per tutor-valutatore di Tirocinio Pratico Valutativo, e sottoporsi a valutazione, con test di ingresso e di uscita, nel corso di 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 dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari;
- di aver preso visione del regolamento e di accettarlo con la sottoscrizione della domanda.

Luogo e 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