

**Alla Regione Calabria  
Dipartimento Tutela della Salute  
Settore L.E.A  
Via Buccarelli, 30  
88100 CATANZARO**

Il sottoscritto

NOME E COGNOME : \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

RESIDENZA ANAGRAFICA \_\_\_\_\_

SEDE DI LAVORO: \_\_\_\_\_

CONVENZIONATO CON A.S.L. DI \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

**di essere iscritto nell' Elenco Regionale dei DOCENTI in Medicina Generale**

(entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria)

Possono inoltrare domanda di iscrizione all'albo i professionisti in possesso dei seguenti requisiti obbligatori:

1. Laurea in medicina e chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio professionale;
3. Iscrizione all'ordine dei medici;

ed in possesso di **almeno uno** dei sotto elencati requisiti:

Possesso della specializzazione delle materie di insegnamento del corso o almeno di 5 anni di esperienza nelle branche specifiche delle suddette materie di insegnamento;	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Specializzazione in _____		
- Docenza universitaria con l'espletamento di funzioni clinico assistenziali nel policlinico universitario nelle discipline oggetto di insegnamento;	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
- Anzianità di incarico nella medicina generale di almeno 10 anni e per l'assistenza primaria in possesso di almeno 750 scelte, pediatri di libera scelta con almeno 400 scelte;	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
- Attività di dirigente di struttura complessa nelle strutture del SSR nelle discipline oggetto di insegnamento;	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>

Dichiara a tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_