

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 TUTOR 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:

anzianità di almeno dieci anni di attività convenzionale con il servizio sanitario nazionale;	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente.	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

Nella domanda dovrà essere altresì indicato:

- l'orario di ambulatorio, l'ubicazione e la strutturazione dello studio medico;
- le attrezzature e l'eventuale personale non medico disponibile;
- il sistema di raccolta dati utilizzato;

- l'eventuale disponibilità di tecnologia e di supporti diagnostici dedicati alla medicina generale;

- l'eventuale organizzazione dello studio medico di gruppo.

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
