

**FAC-SIMILE DI DOMANDA PER INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI MEDICI TUTORI DI MEDICINA GENERALE**

Alla Giunta Regionale della Campania – Settore Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario – Centro Direzionale di Napoli, Isola C3 – 80143 Napoli

Cognome. \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sede dello studio:

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono studio \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Segreteria telefonica SI NO

Attività esclusiva di medico di medicina generale SI NO

- Altre attività (convenzioni, rapporto di dipendenza...) SI NO

se SI, specificare.....

Anno di inizio dell'attività come MMG convenzionato con il SSN.....

A.S.L. .... Distretto.....N.ro codice reg.....

2. Numero di pazienti in carico:

- fino a 750

- 750-1000

- >1000

3. Iscrizione nell'elenco regionale degli Animatori di Formazione SI NO

4. Iscrizione nell'elenco regionale dei Tutor di m.g. SI NO

5. Frequenza dei Corso per Tutor di MG SI NO

6. Attività ed esperienza nel campo della Formazione:

- presenza come docente/animatore in corsi per m.g. totale ore .....

- presenza come docente/animatore in corsi per studenti totale ore .....

- presenza come docente/animatore in corsi per personale paramedico totale ore.....

7. Precedente attività tutoriale SI NO

(specificare periodi).....

8. Frequenza negli ultimi 2 anni a:

- corsi di aggiornamento (ore totali) .....

- relatore a Congressi (N.ro interventi) .....

- frequenza di Congressi (N.ro congressi) .....

9. Articoli scritti per riviste di medicina generale (allegare elenco)

10. Testi di medicina generale redatti (elencare)
11. Sistema di raccolta dati (cartelle cliniche) Cartaceo   
Computer
12. Numero ore settimanali di apertura dello studio ai pazienti per il SSN.....
13. Disponibilità di una o più sale visita oltre alla propria  
ed alla sala d'aspetto SI NO
14. Presenza in studio di piccola biblioteca di libri e riviste di MC SI NO
15. Personale di segreteria operante in studio SI NO
16. Personale paramedico operante in studio SI NO
17. Attività di Medicina di gruppo SI NO
18. Elenco delle attrezzature di studio (elenco allegato)

Dichiaro la mia disponibilità e intenzione a:

- fare il tutor di medicina generale SI NO
- \* tenere Seminari nel Biennio SI NO

Dichiaro di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui si va incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e di essere a conoscenza che la pubblica amministrazione ed i suoi dipendenti sono esenti da ogni responsabilità per gli atti emanati in conseguenza di dichiarazioni false o di falsi documenti. Le dichiarazioni false ovvero la falsità dei documenti comportano la responsabilità del dichiarante ai sensi delle norme penali.

Autorizzo, altresì, il trattamento dei dati personali nel rispetto della Legge n. 675/1996.

Data .....

Firma .....

Si allega fotocopia del documento d'identità.