

Domanda di partecipazione al corso di formazione per l'aggiornamento dell'elenco regionale dei medici tutor nella formazione specifica in medicina generale di cui alla Determinazione n. 4196 del 13.04.2011.

Inviata per Posta Elettronica Certificata

Regione Emilia-Romagna
DG Cura della Persona, Salute e Welfare
Servizio Assistenza Territoriale
V.le A. Moro, 21
40127 Bologna

PEC: assistenzaterritoriale@postacert.regione.emilia-romagna.it

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso Decreto,

dichiara di essere

nato/a _____ (provincia di ___) il _____ e residente a _____

(provincia di ___) in via _____ n. civico _____ c.a.p. _____,

telefono/cellulare _____, e-mail _____;

CHIEDE

di partecipare al corso di formazione per l'aggiornamento dell'elenco regionale dei medici tutor nella formazione specifica in medicina generale di cui alla Determinazione n. 4196 del 13.04.2011 e, a tal fine

DICHIARA

1. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL

di _____ dal _____;
(giorno/mese/anno)

2. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo determinato e indeterminato nei seguenti settori della medicina generale presso:

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

Azienda USL di _____ settore _____ dal _____ al _____

3. di avere n. _____ scelte di assistiti;

4. di svolgere l'attività convenzionale presso lo studio medico (principale) al seguente

indirizzo _____

Dichiara, inoltre (barrare la casella di interesse):

5. di essere in possesso dell'Attestato/Diploma di formazione specifica in medicina generale:

- SI
 NO

6. di aver svolto attività di docenza (della durata minima di 4 ore) nei corsi di formazione specifica in medicina generale:

- SI
 NO

7. di aver svolto attività di medico tutor:

- nell'ambito del tirocinio pratico pre-abilitazione professionale (D.M. n. 445 del 19/10/01)
 per gli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia

8. di aver svolto attività di animatore di formazione:

- SI, presso l'Azienda USL di _____
 NO

9. di appartenere ad una delle seguenti forme associative:

- medicina di gruppo
 medicina in rete

10. che nel proprio studio è presente:

- personale di segreteria
 personale infermieristico

11. di aver svolto/di svolgere incarico di:

- coordinatore di Nucleo di Cure Primarie presso AUSL di _____
 referente di Distretto/Dipartimento Cure Primarie per la medicina generale presso AUSL di _____

_____ .

DICHIARA sin d'ora la propria disponibilità a partecipare ad una delle edizioni del corso di cui all'art. 4 dell'avviso, consapevole che l'assegnazione ad una delle due edizioni mi sarà comunicata all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata di seguito riportato che l'Amministrazione regionale utilizzerà anche per ogni ulteriore comunicazione in merito al presente corso:

Indirizzo P.E.C. _____ .

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/16/UE e del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato con il D. Lgs. 101/2018, si informa che i dati personali relativi ai candidati saranno trattati, esclusivamente per l'espletamento di questo procedimento, presso la Regione Emilia-Romagna, in qualità di titolare. Presso la Regione Emilia-Romagna è designato responsabile del trattamento il Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo

svolgimento della procedura di cui trattasi. Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate a terzi e alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura o alla posizione giuridico economica del candidato. L'eventuale comunicazione a terzi avverrà solo se necessaria per le finalità previste, e nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs 196/2003, così come modificato con il D. Lgs. 101/2018.

Agli aspiranti sono riconosciuti i diritti del citato Codice e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste all'Ufficio per le relazioni con il pubblico della Regione Emilia-Romagna, numero verde 800.66.22.00, urp@regione.emilia-romagna.it, urp@postacert.regione.emilia-romagna.it.

Data _____

Firma¹

¹ Allegare copia fotostatica di un valido documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/00).