



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROVINCIA

Allegato A - Schema esemplificativo della domanda

ALL'ORDINE DEI MEDICI – CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROV.
VIA RIVIERA DI CHIAIA, 9\C
80122 - NAPOLI

I sottoscritt _____, chiede di essere ammesso a partecipare all'Avviso per Medici Tutor in Medicina Generale, per assumere sia funzione di Tutor nell'ambito del CFSMG e sia quella di Tutor per il tirocinio nell'ambito della laurea in Medicina e Chirurgia.

A tal fine I sottoscritt dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi e per gli effetti degli artt. 48 e 76, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e delle previsioni dell'art. 75 del medesimo D.P.R.:

a) di essere nato a _____ prov. _____ il _____
C.F. _____;

b) di avere la residenza in via/p.zza _____ n. _____
CAP _____ città _____ prov. _____

e-mail _____

p.e.c. _____

telefono _____ cell. _____

sede dello studio medico (città) _____ via _____;

c) di essere in possesso della cittadinanza _____;

d) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

Ente Pubblico non Economico (C.F. 80016910632)

*Via Riviera di Chiaia, 9/c - 80122 Napoli. Telef. n. 081\660544 – 081\660517 fax n. 081\7614387;
e – mail: ordmed@ordinemedicinapoli.it ; pec: ordinemedicinapoli@pec.it*



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI E PROVINCIA

ovvero di non essere iscritto nelle liste medesime, per i seguenti motivi:

_____;

e) di non aver riportato condanne penali o in alternativa di aver riportato le seguenti condanne (da rendere obbligatoriamente anche se negativa):

_____;

f) di essere fisicamente idoneo/a all'espletamento dell'incarico di Tutor;

g) di essere convenzionato con il SSN da almeno _____ anni;

h) di essere attualmente convenzionato con l'ASL _____ dal _____;

i) di avere un numero di assistiti pari a _____;

l) l'idoneità dei locali in cui avverrà la formazione;

m) di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi dell'OMCeO Napoli dal _____,

con N.° _____.

Ai fini che precedono, allega fotocopia di proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

firma _____