

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### AL PERCORSO FORMATIVO AI FINI DELL'INSERIMENTO NELL'ELENCO E CONSEGUENTE SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' DI TUTOR PER LA MEDICINA GENERALE

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
via/p.zza \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere ammesso al percorso formativo ai fini dell'inserimento nell'elenco e conseguente svolgimento delle attività di Tutor per medicina generale.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

## DI CHIARA

- di essere MMG dal \_\_\_\_\_
- di essere titolare di \_\_\_\_\_ scelte
- di essere iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria c/o l'Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_ della Regione Veneto
- di eleggere, per comunicazioni, preciso recapito al seguente indirizzo (specificare SOLO se diverso dalla residenza):  
via/p.zza \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.6.2003 con le modalità e per le finalità connesse e strumentali alle attività oggetto della presente domanda.

### Allega:

- CV in formato europeo
- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento

\_\_\_\_\_  
(firma)