



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 lo svolgimento del tirocinio previsto dall'art.26 del D. Lgs. 368/99 e per lo svolgimento del tirocinio, pre-laurea o post-laurea, per gli studenti delle Facoltà di Medicina Chirurgia e per l'esame di Stato.

A tal fine 1 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 _____;

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

- c) di essere in possesso della cittadinanza _____;
- d) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
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 non aver procedimenti penali in corso o, in alternativa, di avere i seguenti procedimenti penali pendenti (da rendere obbligatoriamente anche se negativa):
_____;
- g) di essere fisicamente idoneo/a all'espletamento dell'incarico di Tutor;
- h) di essere convenzionato con il SSN da almeno _____ anni;
- i) di essere attualmente convenzionato con l'ASL _____ dal _____;
- l) di avere un numero di assistiti pari a _____;
- m) l'idoneità dei locali in cui avviene la formazione;
- o) di essere iscritto all'albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine _____ dal _____.

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

Data _____

firma _____

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