

COMUNICAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI TUTOR CLINICI DI TIROCINIO IN MEDICINA GENERALE PER GLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BOLOGNA – CAMPUS DI RAVENNA

Sel. 1/2025

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI RAVENNA

Email: **segreteria.ra@pec.omceo.it**

Il/La sottoscritto/a

<i>Cognome e Nome:</i>	
<i>nato/a:</i>	<i>il:</i>
<i>provincia di:</i>	
<i>residente a:</i>	
<i>in via:</i>	<i>n°:</i>
<i>C.A.P.:</i>	
<i>Cellulare:</i>	
<i>e-mail:</i>	
<i>e-mail certificata:</i>	

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

MANIFESTA

la propria disponibilità all'inserimento nell'elenco dei tutor clinici del tirocinio pratico valutativo in Medicina Generale per gli studenti del Corso di studi di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna – Campus di Ravenna secondo quanto previsto nella convenzione sottoscritta dall'Università degli Studi Bologna e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ravenna ai fini dell'attivazione di tirocini pratico valutativi di cui all'art. 3 del Decreto ministeriale 9 maggio 2018 n. 58 per l'idoneità degli abilitati alla professione di medico chirurgo, in conformità al d.l. 17 marzo 2020, n. 18, convertito in legge 24 aprile 2020, n. 27

DICHIARA

1. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso Azienda UsI della Romagna dal: ___/___/___

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

Azienda USL di:	settori	dal	al
	<input type="checkbox"/> Assistenza Primaria <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale <input type="checkbox"/> Emergenza Territoriale <input type="checkbox"/> Medicina dei servizi territoriali <input type="checkbox"/> (altro) _____	___/___/___	___/___/___
	<input type="checkbox"/> Assistenza Primaria <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale <input type="checkbox"/> Emergenza Territoriale <input type="checkbox"/> Medicina dei servizi territoriali	___/___/___	___/___/___

<input type="checkbox"/>	(altro) _____		
<input type="checkbox"/>	Assistenza Primaria		
<input type="checkbox"/>	Continuità Assistenziale		
<input type="checkbox"/>	Emergenza Territoriale	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/>	Medicina dei servizi territoriali		
<input type="checkbox"/>	(altro) _____		
<input type="checkbox"/>	Assistenza Primaria		
<input type="checkbox"/>	Continuità Assistenziale		
<input type="checkbox"/>	Emergenza Territoriale	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/>	Medicina dei servizi territoriali		
<input type="checkbox"/>	(altro) _____		

3. di avere n. _____ scelte di assistiti, almeno pari alla metà del massimale vigente;

4. di svolgere l'attività convenzionale presso il/i seguente/i studio/i professionale/i accreditato:

Studio Medico 1	
Via	_____
CAP	_____
Città	_____
Telefono	_____
Studio Medico 2	
Via	_____
CAP	_____
Città	_____
Telefono	_____

5. l'assenza di procedimenti disciplinari sanzionati con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei dodici mesi precedenti la domanda di iscrizione all'elenco e assenza di procedimenti disciplinari in corso

DICHIARA, inoltre (barrare la casella di interesse):

- di aver svolto attività di medico tutor per gli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia
- di aver svolto attività nell'ambito della formazione permanente con particolare riferimento alla capacità valutativa;
- che nel proprio studio è dotato di un sistema informatico efficace ed aggiornato (uso routinario della cartella informatizzata e collegamento ad Internet);
- che nel proprio studio sono presenti adeguati spazi, attrezzature medicali, ed eventuale personale di segreteria e/o infermieristico;
- di essere disponibile all'uso degli strumenti informatici predisposti dall'Università per la gestione dei tirocini pratico-valutativi;
- di fornire al candidato riscontri sul suo operato al fine di colmare in itinere eventuali carenze riscontrate;

DICHIARA sin d'ora la propria disponibilità a partecipare ad uno specifico corso di formazione per tutore/valutatore di tirocinio pratico valutativo ed a sottoporsi a valutazione con test di ingresso e di uscita nel corso di formazione per tutore-valutatore.

DICHIARA inoltre la propria disponibilità di almeno 3 mesi per anno solare nell'attività tutoriale-valutativa.

Si allega alla presente:

- 1) copia del documento di identità e del codice fiscale;
- 2) curriculum vitae della propria attività scientifica, didattica e professionale

_____, ____/____/____

l/la dichiarante _____