

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Matera**
Email : segreteria@ordinemt.it

Oggetto: Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Docenti

Io sottoscritto dr. _____ residente in _____ Via _____
_____ rec. Tel. _____ e-mail _____

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei DOCENTI per attività di formazione in Medicina Generale

DICHIARO

- Di aver preso visione dell'apposito bando e dei requisiti di accesso richiesti per detta iscrizione;
- Di essere in possesso dei seguenti requisiti: (barrare casella e completare)

- ☐ Medico di Medicina Generale con rapporto di lavoro convenzionato con il SSR dal _____;
- ☐ Medico con diploma di specializzazione in _____ conseguito in data _____;
- ☐ Medico con diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____;
- ☐ Dirigente in servizio presso _____ dal _____;
- ☐ Docente universitario di _____ presso Università di _____;

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.