

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

**Oggetto:** Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Tutor di Medicina Generale

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

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei TUTOR di Medicina Generale 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)

di svolgere attività convenzionale come Medico di Medicina Generale con il SSR dal \_\_\_\_\_;

di essere titolare di un numero di assistiti in misura almeno pari alla metà del massimale vigente;

di operare nello studio professionale accreditato sito nel comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_;

di aver conseguito il titolo di Medico Tutore in data \_\_\_\_\_;

di essere iscritto nell'Albo regionale Tutor dal \_\_\_\_\_;

di non essere in possesso del requisito di accesso di cui al punto 2) del bando di iscrizione e pertanto chiedo di essere ammesso all'apposito corso di Formazione regionale.

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.