

All'Ordine dei Medici Chirurghi e  
Odontoiatri della Provincia di Matera

Email : segreteria@ordinemt.it

**Oggetto:** Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Tutor di Strutture Sanitarie e Ospedaliere

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

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei TUTOR di Strutture sanitarie e ospedaliere 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 del seguente requisito: di essere medico specializzato in \_\_\_\_\_ ed in servizio con rapporto di lavoro dipendente presso la UOC \_\_\_\_\_ della Struttura Sanitaria Ospedaliera \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

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.