

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

Oggetto: Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Coordinatori Attività Pratiche

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

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei Coordinatori attività pratiche 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:
 - Medico con diploma di specializzazione in _____ con rapporto di lavoro dipendente con il SSN dal _____
 - Di ricoprire l'incarico di Dirigente della UOC _____ presso la struttura sanitaria-ospedaliera _____

La presente dichiarazione è resa ai sensi del.....

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.