



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

All. n. 3 alla Determinazione n. 909 del 17.07.2012 **Curriculum**

Dati Generali del Medico Tutor: Curriculum

| | | |
|--|---|------------|
| Cognome: | Nome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: | Provincia: |
| Cittadinanza: | | |
| Residenza: Città | Via e n. | Provincia: |
| Indirizzo Studio: Città: | Via e n. civico: | |
| Telefono Studio: | Cellulare: | e-mail: |
| Laurea in Medicina e Chirurgia | Conseguita presso l'Università degli di | |
| Anno di Laurea | Voto di Laurea | |
| Abilitazione all'esercizio professionale | Conseguito presso l'Università di | |
| Anno di Abilitazione | | |
| Iscrizione all'Albo professionale di | Dal | |
| Precedenti iscrizioni | | |

Dati inerenti l'attività professionale:

| | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|
| Convenzione in qualità di Medico di Medicina Generale | dal (anno): | A.S.L.: |
| Numero assistiti attualmente in carico: | Ore settimanali di ambulatorio: | |
| Esercizio in esclusiva dell'attività di Medico di Medicina Generale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Dati inerenti le competenze formative:

| | | |
|--|-------------|---|
| Specializzazioni: | Università: | anno: |
| | Università: | anno: |
| Perfezionamenti: | Università: | anno: |
| | Università: | anno: |
| Iscrizione a Società Scientifiche della Medicina Generale: | Società: | dal: |
| | Società: | dal: |
| Attestato di Tutor per la Formazione Specifica in Medicina Generale: | | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> |
| Rilasciato da: | | in data: |



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

All. n. 3 alla Determinazione n. 909 del 17.07.2012 **Curriculum**

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Attestato di Tutor Valutatore del Tirocinio Abilitante | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Rilasciato da: | in data: | |
| Attestato di Animatore di Formazione per la Medicina Generale | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Rilasciato da: | in data: | |
| Docenze Universitarie (<i>specificare</i>): | | |
| | | |
| | | |

Esperienze formative in Medicina Generale Docenze (*specificare il tipo di docenza*):

| | | |
|----|-----|----|
| 1) | dal | al |
| 2) | | |
| 3) | | |
| 4) | | |
| 5) | | |

Relatore a Congressi/seminari Regionali o Nazionali – (specificare)

| |
|-----|
| 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |
| 6) |
| 7) |
| 8) |
| 9) |
| 10) |

Luogo e data

. Firma del Medico



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

All. n. 3 alla Determinazione n. 909 del 17.07.2012 **Curriculum**

Ai sensi della Legge n. 675/96, e successive modificazioni e integrazioni, il sottoscritto autorizza l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e l'Azienda A.S.L. competente, (ASL n. 1 o ASL n. 8) al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda e nel curriculum allegato per i propri fini istituzionali relativi agli adempimenti connessi allo svolgimento dell'incarico di Tutor per i Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale.
FIRMA DEL MEDICO.

Luogo e data

. Firma del Medico