



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

All. n. 3 alla Determinazione n. 455 del 13.05.2013

**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"/>		



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

All. n. 3 alla Determinazione n. 455 del 13.05.2013

**Curriculum**

Rilasciato da:	in data:
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 AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

All. n. 3 alla Determinazione n. 455 del 13.05.2013

**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

---