

DOMANDA di ammissione

al CORSO PER TUTORS DI MEDICINA GENERALE

nei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale - Regione Umbria

10 – 11 – 12 Dicembre 2015

Inoltre **dichiara:**

1. di operare presso lo studio o gli studi professionali accreditati, situati in :

Via _____ Città _____

Via _____ Città _____

Via _____ Città _____

2. di appartenere ad una delle seguenti forme associative (*barrare la scelta*):

- medicina di gruppo
- medicina in rete o in associazione
- medicina in cooperativa o casa della salute
- nessuna

3. di utilizzare per l'attività ambulatoriale la collaborazione di (*barrare la scelta*):

- personale infermieristico
- personale di segreteria
- personale infermieristico e di segreteria
- nessuno

4. di disporre di un sistema informatico adeguato secondo le normative vigenti

5. di allegare alla presente, la copia del documento d'identità

6. di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs n.196/2003

Data _____

Firma _____