

Al Sig. Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Agrigento

TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO PRESSO LO STUDIO DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER IL CONSEGUIMENTO ALLA ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ n. iscr. _____

Indirizzo presso il quale si desidera ricevere la corrispondenza:

Via _____ N° _____

Città _____ Cap _____

Indirizzo dello studio professionale:

Via _____ N° _____

Città _____ Cap _____

Cellulare: _____

Indirizzo E mail: _____

Indirizzo Pec: _____

Anzianità di attività convenzionale con il SSN (min. 10 anni, oppure, in caso di necessità 5 anni)		
Titolarità di numero assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente e operante in uno studio professionale accreditato (min. 750)		
Accreditamento dello studio professionale	SI	
Assenza di provvedimenti disciplinari sanzionati con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione nei dodici mesi precedenti	SI	
Precedenti esperienze del campo del tutoraggio e della formazione permanente con particolare riferimento alla capacità valutativa	SI	NO
Disponibilità di un sistema informatico efficace ed aggiornato	SI	NO
L'impegno ad attenersi alle modalità di valutazione del tirocinio pratico valutativo, previste dal libretto-diario	SI	NO
La disponibilità a svolgere, per almeno 6 mesi ad anno solare, l'attività di tutoriale-valutativa	SI	NO

Data _____

Firma _____