



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
