

## All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ferrara

Il sottoscritto dott.....  
nato a.....il ..... residente a :.....  
indirizzo.....Tel. :.....  
Cell.:..... e mail:.....

Dichiara la propria disponibilità a svolgere la funzione di Tutore nell'ambito del "Tirocinio Professionalizzante in Medicina Generale per lo svolgimento degli Esami di Abilitazione Professionale in Medicina e Chirurgia".

A tale scopo dichiara:

1. di essere Medico di Medicina Generale convenzionato con n SSN dall'anno.....
2. di svolgere la propria attività nel comune di .....  
con studio sito in via ..... tel.....
3. di avere un numero di assistiti pari a.....
4. di essere/non essere dotato di un sistema informatico per la gestione delle cartelle cliniche dei propri assistiti
5. di svolgere la propria attività di MG (barrare una sola opzione):
  - da solo
  - in medicina di gruppo
  - in medicina in rete
  - in medicina in associazione
6. di essere/ non essere dotato di personale di studio (infermieristico e/o segretariale)
7. di essere/ non essere tutore del corso di formazione specifica in Medicina Generale
8. di essere/ non essere Animatore di Formazione in Medicina Generale

Data .....

Timbro e Firma .....

N.B.: inviare per posta ordinaria o per FAX al numero 0532/247134