



SCelta - TUTOR MG

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello

Il/La sottoscritto/a

COGNOME

NOME

Medico in formazione del C.F.S.M.G. triennio _____/_____ con la presente,

CHIEDE

Di poter essere assegnato/a, per lo svolgimento dei periodi di corso, presso il Medico di Medicina Generale "TUTOR di MG" del CFSMG della Regione Campania in seguito indicato:

Dr. _____ cod. Reg. _____ ASL _____

COGNOME e NOME

Data _____ Firma del Tutor _____

Dichiara

di essere a conoscenza delle indicazioni contenute nel Regolamento del CFSMG della Regione Campania (Decreto DG n. 247/2018 - con particolare riferimento al punto 5.3.Tutor di MG); che l'abbinamento del Tutor di MG con i corsisti viene effettuato dal Coordinatore Aziendale sulla base dei criteri riportati nel citato "Regolamento" del Corso; di impegnarsi a svolgere il periodo formativo presso il Tutor di MG sotto la costante guida dello stesso ed a non effettuare attività medica ambulatoriale e domiciliare in sua assenza; di impegnarsi a non sostituire il proprio "Tutor di MG" nelle sua funzionalità di Medico di Medicina Generale.

Data _____ Firma del Medico in formazione _____

=====

Parte riservata al Coordinatore Aziendale del CFSMG

Rilevato che sono stati rispettati i criteri indicati dal Regolamento, e sentito il Tutor di MG, si autorizza.

Non si autorizza per le seguenti motivazioni _____.

DATA _____ Timbro e Firma Coordinatore _____