

**MODELLO DI DOMANDA PER PEDIATRI DI LIBERA SCELTA DISPONIBILI AD  
ATTIVITA' FORMATIVA AGLI SPECIALIZZANDI IN PEDIATRIA  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a Dr \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

Indirizzo studio \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR.28 dicembre 2000 n.445, il/la sottoscritto/a consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. - DPR.28 dicembre 2000 n.445),

**DICHIARA**

- essere convenzionato con il S.S.N. per la Pediatria di Libera Scelta dal \_\_\_\_\_(gg/mm/a);
- avere un numero di assistiti pari a \_\_\_\_\_ e di avere uno studio adeguato alle attività di tutoraggio, con sistema informatico efficace ed aggiornato (uso routinario della cartella informatizzata e collegamento ad internet).
- di poter fornire la disponibilità di frequenza per i seguenti mesi - almeno tre (3) -, nel \_\_\_\_\_ periodo da \_\_\_\_\_ gennaio a \_\_\_\_\_ dicembre \_\_\_\_\_;
- di non avere procedimenti disciplinari sanzionati con provvedimento definitivo di sospensione dall'esercizio della professione.

A tale scopo comunica:

- la propria disponibilità a ricoprire l'incarico per periodi formativi degli Specializzandi di Pediatria dell'Università presso gli studi dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), in ottemperanza a quanto previsto dal D.I. n. 68/2015.
- la disponibilità di almeno 3 mesi per anno solare nell'attività tutoriale-valutativa;
- l'impegno a compilare e sottoscrivere, in qualità di tutore/valutatore, il libretto-diario del tirocinante che si articola in una parte descrittiva delle attività svolte e di una parte valutativa delle competenze dimostrate;
- l'impegno a fornire ai tirocinanti, dopo due settimane di frequenza, un resoconto verbale sul suo operato al fine di colmare "in itinere" eventuali carenze riscontrate negli adempimenti professionali.

Allega alla presente breve curriculum vitae con il proprio profilo professionale.

Autorizza l'OMCeO di Varese a comunicare all'Università di riferimento i propri recapiti di contatto per le finalità di cui alla presente dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

**Allegato:**

- Breve curriculum professionale
- fotocopia documento d'identità.