

## 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 \_\_\_\_\_

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 Medicina Generale 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 tre mesi, nel periodo da gennaio a dicembre 2025 \_\_\_\_\_;

A tale scopo comunica:

- la propria disponibilità a ricoprire l'incarico di Tutore per il mese di tirocinio pratico valutativo nell'ambito della procedura per lo svolgimento dell'Esame di Stato per Medico Chirurgo presso l'Università degli Studi dell'Insubria di Varese.
- 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 di valutazione del tirocinante - Tirocinio pratico-valutativo - MEDICO DI MEDICINA GENERALE" predisposto, indicando la frequenza del tirocinante e le attività svolte, unitamente alla valutazione dei risultati relativi alle competenze dimostrate, ed esprimendo, in caso positivo, un giudizio di idoneità;
- 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 degli Studi dell'Insubria 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.