

**MODULO DI DOMANDA CONFERIMENTO DI INCARICO PER ATTIVITA' DI DOCENZA
PRESSO LA SCUOLA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DI TRENTO**

Il sottoscritto Dott _____ sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

PRESENTA

**domanda di conferimento di incarico per attività di docenza presso la Scuola di formazione
specifica in medicina generale di Trento.**

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

DICHIARA:

1. di essere nato/a a _____ il _____
2. di essere residente a _____
3. di essere laureato in medicina e chirurgia presso l'Università di _____
_____ in data _____
4. di essere abilitato all'esercizio della professione di medico-chirurgo;
5. di essere iscritto all'Ordine dei medici e chirurghi della Provincia di _____
6. di aver conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Scuola di _____
7. di essere specializzato in _____

DICHIARA ALTRESI':

la propria disponibilità ad insegnare nella seguente area di competenza (barrare con una x):

- MMG (medicina generale)
- S (specialistica)

- G (gestione organizzazione cure)
- R (relazione)
- D (deontologia ed etica)
- DT (discipline trasversali)

All'interno dell'area suddetta è interessato ad espletare docenza sui seguenti temi specifici (esprimere non più di due preferenze):

- 1) _____

- 2) _____

Si impegna a seguire il programma e i contenuti previsti dalla Direzione scolastica nell'ambito del piano di studi ed accetta il trattamento economico previsto dalla delibera provinciale nr. 1914 d.d. 16/11/2017.

ALLEGA:

- 1) CV (in f.to europeo)
- 2) Documento di identità in corso di validità

Luogo

Data

Firma

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE