

ALLEGATO B

Compilare in modo chiaro e leggibile a stampatello - ponendo il segno X sulla casella corrispondente

SCHEDA TECNICA TUTOR DI MG DEL CFSMG

Il/La sottoscritto/a

COGNOME

NOME

nato/a il

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

a

prov.

Titolare di incarico di Assistenza Primaria convenzionato con il S.S.R. dall'anno _____

Codice Regionale _____ ASL riferimento _____ Distretto _____

Al fine dell'inserimento nell'Albo dei Tutor di MG del Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale (C.F.S.M.G.) della Regione Campania e, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA:

1. Ubicazione, caratteristiche ed orari attività ambulatorio :

INDIRIZZO									
COMUNE							PROV.		
C.A.P.		NUM. TELEF.							
E-MAIL		P.E.C.							
SEGRETERIA TELEFONICA	SI	NO	FOTOCOPIATRICE	SI	NO	COLLEG. WI-FI	SI	NO	
ORARIO ACCESSI	LUNEDI'		MARTEDI'		MERCOLEDI'		GIOVEDI'		VENERDI'
NUMERO COMPLESSIVO SETTIMANALE DI ORE ACCESSO ALL'AMBULATORIO						NUMERO COMPLESSIVO SETTIMANALE DI ORE VISITE DOMICILIARI			

ALLEGATO B

2. Standard organizzativi :

SISTEMA RACCOLTA DATI E GESTIONE CARTELLE	MANUALE	DIGITALE	DISPONIBILITA' DI ULTERIORE SALA VISITA OLTRE LA PRORIA	SI	NO
PRESENZA PERSONALE DI SEGRETERIA	SI	NO	PRESENZA PERSONALE PARAMEDICO	SI	NO
DISPONIBILITA' DI TESTI E RIVISTE SCIENTIFICHE	SI	NO	ATTIVITA' DI MEDICINA DI GRUPPO	SI	NO

3. Specifiche attività professionale :

ESCLUSIVITA' MEDICINA GENERALE	SI	NO	NUMERO ASSISTITI	
ALTRE ATTIVITA'	SI	NO	SE SI SPECIFICARE	

4. Esperienze in attività di formazione :

ALBO REGIONALE TUTOR DI MG	SI	NO	CORSO DI FORMAZIONE PER TUTOR MG	SI	NO
ELENCO REGIONALE ANIMATORI DI FORMAZIONE	SI	NO	DOCENTE E/O ANIMATORE IN CORSI PER MG	SI	NO
DOCENTE E/O ANIMATORE IN CORSI PER PARAMEDICI	SI	NO	DOCENTE E/O ANIMATORE IN CORSI PER STUDENTI	SI	NO

5. Esperienze in attività a carattere scientifico negli ultimi 5 anni :

NUMERO ORE DI AGGIORNAMENTO		RELATORE A SEMINARI E CONGRESSI	SI	NO
ARTICOLI E RECENSIONI SU RIVISTE A CARATTERE SCIENTIFICO			SI	NO

ALLEGATO B

6. Attrezzature di base per un ambulatorio di formazione:

Sfigmomanometri	SI	NO	Torcia elettrica	SI	NO
Abbassalingua monouso	SI	NO	Martelletto per riflessi	SI	NO
Metro a nastro	SI	NO	Altimetro bilancia pesa persone	SI	NO
Diafanoscopio	SI	NO	Guanti monouso per esplorazione	SI	NO
Guanti sterili	SI	NO	Gel lubrificante	SI	NO
Strumentario chirurgico idoneo per medicazioni	SI	NO	Oto-rinoscopio	SI	NO
Schizzettone	SI	NO	Tavola optometrica	SI	NO
Strumentario per piccoli interventi chirurgici	SI	NO	Speculum vaginale	SI	NO
Diapason 512 Hz	SI	NO	Peak-flow meter	SI	NO
Glucometro	SI	NO	Strisce reattive per esame urine	SI	NO

7. Attrezzature ottimali per un ambulatorio di formazione (opzionale):

Oftalmoscopio	SI	NO	specchietto per laringoscopia indiretta	SI	NO
Elettrocardiografo	SI	NO	apparecchio per analisi chimico-cliniche	SI	NO
Microscopio	SI	NO	audiometro portatile	SI	NO
Minidoppler	SI	NO	spatole, vetrini e fissatore per pap-test	SI	NO
Anoscopio	SI	NO	rettoscopio	SI	NO
Spirometro	SI	NO	ecografo	SI	NO

Data _____

Firma del dichiarante _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione, ed inoltre autorizzo/a la Regione Campania, l'Ordine Provinciale dei Medici di Napoli e la ASL di appartenenza, al trattamento dei miei dati personali nel rispetto della vigente normativa in materia e per le finalità strettamente necessarie all'inserimento dell'Albo dei Tutor di MG del CFSMG della Regione Campania, nonché la loro pubblicazione sul BURC e sul sito istituzionale della Regione Campania (D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018, - Codice in materia di protezione dei dati personali - normativa adeguata al nuovo "Regolamento Europeo - GDPR 2018 n. 2016/79" di cui al D.lgs. 18/05/2018, n. 51).