

*Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Potenza*

Aggiornati all'Albo

**dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri delle Province
di Potenza e di Matera**

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
provincia di Potenza



Prot. n.000129 P
del 22/01/2021

e p.c.

**Regione Basilicata
Dipartimento Politiche della
Persona Ufficio Personale del SSR
SEDE**

Oggetto: *Rinnovo e Riordino degli Albi Regionali relativi ad incarichi e prestazioni professionali connessi ai Corsi di Formazione Specifica in medicina Generale. Bando di Iscrizione Albi.*

Questo Ordine, in esecuzione della apposita delega conferita dal Dipartimento Regionale alla Salute, deve procedere, in collaborazione con l'Ordine di Matera, alla fase istruttoria propedeutica al rinnovo e riordino degli Albi regionali connessi ai Corsi triennali di Formazione Specifica in medicina Generale gestiti da questo ordine ai sensi delle apposite convenzioni regionali in coerenza con il D.M. Salute del 7.3.2006.

Gli Albi regionali oggetto di rinnovo e riordino risultano essere:

- Albo regionale Docenti
- Albo regionale Tutor di Medicina Generale
- Albo regionale Tutor di Strutture Sanitarie Ospedaliere
- Albo regionale Coordinatori attività teoriche
- Albo regionale Coordinatori attività pratiche

I requisiti generali e specifici per l'iscrizione ai predetti Albi sono indicati nella scheda allegata alla presente e sono consultabili sugli appositi siti dell'Ordine dei Medici di Potenza e dell'Ordine dei Medici di Matera.

Le domande di iscrizione, utilizzando i fac-simili anch'essi allegati al presente bando, devono essere presentate rispettivamente, per gli iscritti all'Ordine dei Medici di Potenza a mezzo email all'indirizzo : segreteria@omceo.pz.it e all'Ordine dei Medici di Matera a mezzo email all'indirizzo : segreteria@ordinemt.it **entro e non oltre le ore 12:00 del 12 febbraio 2021.**

I responsabili del procedimento amministrativo cui rivolgersi per ogni ulteriore chiarimento e notizie al riguardo sono per l'Omceo di Potenza il Dott. Antongiulio Gherbi (0971.445822) per l'Omceo di Matera la Dott.ssa Angela Paradiso (0835.333212).

Resta riservata al Dipartimento Regionale Politiche della Persona l'adozione dei successivi atti determinativi riguardanti la iscrizione degli aventi titolo negli Albi regionali di che trattasi.

Il Presidente

Dr. Rocco Paternò



BANDO ISCRIZIONE AGLI ALBI REGIONALI RELATIVI AD INCARICHI E PRESTAZIONI PROFESSIONALI CONNESSI AI CORSI TRIENNALI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE.

REQUISITI RICHIESTI PER L'ACCESSO AI SINGOLI ALBI
(In possesso del richiedente alla data di scadenza del bando)

ALBO REGIONALE DEI DOCENTI

Possesso di almeno 1 dei seguenti requisiti:

1. Medico di Medicina Generale con rapporto di lavoro convenzionato con il SSR da almeno 5 anni.
2. Medico con diploma di specializzazione conseguito da almeno 5 anni.
3. Medico con diploma di Formazione Specifica Generale conseguito da almeno 5 anni
4. Dirigente di strutture pubbliche con esperienza professionale di almeno 5 anni
5. Docente universitario.

ALBO REGIONALE DEI TUTOR DI MEDICINA GENERALE

1. Requisiti richiesti dal D.Lgs n. 368 del 17.08.1999:
 - a) 10 anni di attività convenzionale come Medico di Medicina Generale con il SSR;
 - b) Titolarità di un numero di assistiti in misura almeno pari alla metà del massimale vigente;
 - c) Operare in uno studio professionale accreditato;
2. Attestato di "Medico Tutore" conseguito a seguito di apposito corso regionale di formazione o pregressa iscrizione nell'Albo regionale di Tutor.

Gli interessati che, alla data di scadenza del presente bando, non sono in possesso del requisito di cui al punto 2) possono inoltrare richiesta di iscrizione all'Albo e contestuale richiesta di partecipazione al corso di formazione, della durata di tre giorni, di imminente realizzazione da parte del Dipartimento Regionale Salute.

ALBO REGIONALE TUTOR DI STRUTTURE SANITARIE E OSPEDALIERE

1. Medico specializzato in servizio presso strutture sanitarie ospedaliere del SSR con rapporto di lavoro dipendente da almeno 3 anni.

ALBO REGIONALE COORDINATORI ATTIVITA' TEORICHE

1. Medico di Medicina Generale in rapporto di lavoro convenzionale con il SSR da almeno 15 anni.
2. Iscrizione all'Albo dei Tutor di M.G. per almeno 3 anni.

ALBO REGIONALE COORDINATORI ATTIVITA' PRATICHE

1. Medico specializzato in rapporto di lavoro dipendente con il SSR da almeno 15 anni
2. Dirigente (anche F.F.) di una UOC di strutture sanitarie e ospedaliere del SSR.



All'Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Potenza
Email : segreteria@omceo.pz.it

Oggetto: Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Docenti

Io sottoscritto dr. _____ residente in _____ Via
_____ rec. Tel. _____ e-mail _____ -

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei DOCENTI per attività di formazione in Medicina Generale

DICHIARO

- Di aver preso visione dell'apposito bando e dei requisiti di accesso richiesti per detta iscrizione;
- Di essere in possesso dei seguenti requisiti: (barrare casella e completare)

- Medico di Medicina Generale con rapporto di lavoro convenzionato con il SSR dal _____;
- Medico con diploma di specializzazione in _____ conseguito in data _____;
- Medico con diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____;
- Dirigente in servizio presso _____ dal _____;
- Docente universitario di _____ presso Università di _____;

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Potenza
Email : segreteria@omceo.pz.it

Oggetto: Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Tutor di Medicina Generale

Io sottoscritto dr. _____ residente in _____ Via
_____ rec. Tel. _____ e-mail _____

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei TUTOR di Medicina Generale per attività di formazione in Medicina Generale

DICHIARO

- Di aver preso visione dell'apposito bando e dei requisiti di accesso richiesti per detta iscrizione;
- Di essere in possesso dei seguenti requisiti: (barrare casella e completare)

- di svolgere attività convenzionale come Medico di Medicina Generale con il SSR dal _____;
- di essere titolare di un numero di assistiti in misura almeno pari alla metà del massimale vigente;
- di operare nello studio professionale accreditato sito nel comune di _____ via _____;
- di aver conseguito il titolo di Medico Tutore in data _____;
- di essere iscritto nell'Albo regionale Tutor dal _____;
- di non essere in possesso del requisito di accesso di cui al punto 2) del bando di iscrizione e pertanto chiedo di essere ammesso all'apposito corso di Formazione regionale.

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Potenza
Email : segreteria@omceo.pz.it

Oggetto: Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Tutor di Strutture Sanitarie e Ospedaliere

Io sottoscritto dr. _____ residente in _____ Via
_____ rec. Tel. _____ e-mail _____ -

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei TUTOR di Strutture sanitarie e ospedaliere per attività di formazione
in Medicina Generale

DICHIARO

- Di aver preso visione dell'apposito bando e dei requisiti di accesso richiesti per detta iscrizione;
- Di essere in possesso del seguente requisito: di essere medico specializzato in _____ ed
in servizio con rapporto di lavoro dipendente presso la UOC _____ della
Struttura Sanitaria Ospedaliera _____ dal _____

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti
disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale
scopo.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Potenza
Email : segreteria@omceo.pz.it

Oggetto: Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Coordinatori Attività Teoriche

Io sottoscritto dr. _____ residente in _____ Via
_____ rec. Tel. _____ e-mail _____ -

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei Coordinatori attività teoriche per attività di formazione in Medicina Generale

DICHIARO

- Di aver preso visione dell'apposito bando e dei requisiti di accesso richiesti per detta iscrizione;
- Di essere in possesso dei seguenti requisiti:
 - Medico di Medicina Generale in rapporto di lavoro convenzionale con il SSR dal _____
 - Essere stato iscritto nell'Albo dei Medici Tutor dal _____ al _____

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri della Provincia di Potenza
Via V. Verrastro n. 3/L
85100 POTENZA
Email : segreteria@omceo.pz.it

Oggetto: Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Coordinatori Attività Pratiche

Io sottoscritto dr. _____ residente in _____ Via
_____ rec. Tel. _____ e-mail _____ -

CHIEDO

Di essere iscritto all'Albo regionale dei Coordinatori attività pratiche per attività di formazione in Medicina Generale

DICHIARO

- Di aver preso visione dell'apposito bando e dei requisiti di accesso richiesti per detta iscrizione;
- Di essere in possesso dei seguenti requisiti:
 - Medico con diploma di specializzazione in _____ con rapporto di lavoro dipendente con il SSN dal _____
 - Di ricoprire l'incarico di Dirigente della UOC _____ presso la struttura sanitaria-ospedaliera _____

La presente dichiarazione è resa ai sensi del.....

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.