



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

MODULO CURRICULUM VITAE

ALLEGATO 3

Cognome:	Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:	Provincia:
Cittadinanza:		
Residenza:	Via e n.	Provincia:
Ubicazione studio	Città	Via e n. civico:
Telefono Studio:	Cellulare:	e-mail:
Indirizzo PEC:		
Laurea in Medicina e Chirurgia	Conseguita presso l'Università di:	
Anno di Laurea		
Abilitazione all'esercizio professionale	Conseguita presso l'Università di:	
Iscrizione all'Albo professionale di:	dal (gg/mm/aa):	
Precedenti iscrizioni:		
Dati inerenti l'attività professionale:		
Convenzione in qualità di Medico di Medicina Generale	dal (anno):	ASSL
Numero assistiti attualmente in carico:	Ore settimanali di ambulatorio:	
Esercizio in esclusiva dell'attività di Medico di Medicina Generale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
In possesso dei crediti ECM relativi al triennio 2014/2016	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ulteriori titoli valutabili		
Appartenenza a una delle seguenti forme associative della medicina generale		
1) Medicina in gruppo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2) Medicina in rete	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3) Medicina in associazione	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presenza di un infermiere in studio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presenza di un collaboratore di studio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Studio MMG ubicato nella città di Cagliari o Sassari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Studio MMG ubicato entro i 20 km dalla sede didattica di Cagliari o Sassari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Luogo e data

Firma del Medico

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) il sottoscritto autorizza la Regione Sardegna e l'ATS al trattamento dei dati contenuti nella domanda e nel presente curriculum che saranno utilizzati per le finalità inerenti alla gestione e alla frequenza del corso di formazione.

Luogo e data

Firma del medico