

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI CORSI DI RICERCA IN MEDICINA GENERALE E GESTIONE DEL FARMACO - FIMMG

Spett. FIMMG,

il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ provincia di _____

e residente in _____ provincia di _____

via/piazza _____ n. _____ cap _____

telefono _____, cellulare _____, indirizzo e-mail _____

codice fiscale _____

CHIEDE

- di essere ammesso/a a partecipare al Corso formativo FAD preliminare e al successivo Corso Residenziale di Ricerca in Medicina Generale, ai fini dell'inserimento nel "Gruppo Sperimentatori Ricerca in Medicina Generale e Gestione del Farmaco FIMMG"
- che gli vengano inviate tutte le comunicazioni via posta elettronica all'indirizzo sopra riportato

Ai fini della propria ammissione ai succitati corsi

DICHIARA

- a) Di essere a conoscenza dei contenuti dell'apposito Bando e di accettarli nella loro interezza.
- b) Di possedere i seguenti requisiti di partecipazione:
 - essere Medico di Medicina Generale iscritto FIMMG;
 - possedere Idonea Dotazione Informatica;
 - avere un'età non superiore ai 60 anni;
 - avere una convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale da almeno 5 anni;
 - avere un numero di assistiti non inferiore a 800.
- c) Di accettare tutte le condizioni organizzative che mi verranno indicate.
- d) Di essere disponibile a frequentare la Scuola di Ricerca e ad essere inserito nel "Gruppo Sperimentatori Ricerca in Medicina Generale e Gestione del Farmaco FIMMG".
- e) Di accettare le condizioni di riservatezza.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003, il trattamento dei dati forniti ai fini dell'espletamento delle procedure inerenti alla presente dichiarazione.

Data _____ FIRMA _____

Le domande dovranno essere inviate:

- Via fax al numero **0654896645**
- Via mail all'indirizzo **scuolaricerca@fimmg.org**