



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGH E DEGLI ODONTOIATRI
della Provincia di LUCCA

Domanda di Adesione

**CONVENZIONE PER L'INSERIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLE ATTIVITÀ
FORMATIVE DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
Università degli Studi di Pisa**

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale convenzionato con il SSN esercente la professione nel comune di _____
con studio professionale sito in _____

_____ via _____

Recapito telefonico studio _____ Cell. _____

Email _____ PEC _____

Vista la convenzione tra Università di Pisa e Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della
provincia di Lucca per l'inserimento dei Medici di Medicina Generale nelle attività formative del
corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei Medici Tutor per gli studenti del VI anno di corso che
frequenteranno gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale per l'acquisizione dei CFU previsti
e comunica la disponibilità per il periodo:

MESE di:		MESE di:	
GENNAIO 2026		LUGLIO 2026	
FEBBRAIO 2026		AGOSTO 2026	
MARZO 2026		SETTEMBRE 2026	
APRILE 2026		OTTOBRE 2026	
MAGGIO 2026		NOVEMBRE 2026	
GIUGNO 2026		DICEMBRE 2026	

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni) dichiara di possedere i requisiti previsti dalla convenzione:

- Avere almeno 750 assistiti
- Essere convenzionato per la Medicina Generale da almeno 5 anni

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____
- di essere Medico di Medicina Generale convenzionato con il SSN dal _____
per un totale di anni _____ e di avere in carico n. pazienti _____
- Di esercitare la propria attività di Medico di Medicina Generale:
☐ in unico studio ☐ in più studi

Per tutto quanto non previsto dalla presente Convenzione le parti fanno riferimento alla normativa vigente in materia

Data _____

Firma _____

Allegati:

- copia documento di identità in corso di validità

La presente domanda deve essere inviata all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Lucca:

- a mano durante il seguente orario di ufficio: lunedì, mercoledì, venerdì ore 09.00-13,00 o martedì e giovedì ore 09.00-16.00)
- per raccomandata A/R: Via Guinigi 40, 55100 Lucca
- per PEC: segreteria.lu@pec.omceo.it