



AMBULATORI DELLA MISERICORDIA DI FIRENZE Impresa Sociale

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome - per le donne indicare quello da nubile) - (scrivere in stampatello)

_____ (nome di battesimo)

_____ (cognome da sposata)

nato/a a _____ il _____

domiciliato/a in _____ CAP _____

via _____ n. _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

cellulare _____ Specialista in: _____

posto di lavoro _____ via _____

CHIEDE

di prestare la propria opera professionale, quale medico specialista, uniformandosi ai vigenti regolamenti, presso il/i presidio/i degli Ambulatori della Misericordia di Firenze – Impresa Sociale – indicato/i nell'allegato modulo di disponibilità, che forma parte integrante e sostanziale della presente domanda.

Dichiara non appartenere ad alcuna associazione in contrasto con le disposizioni emanate dalla Congregazione per la Dottrina della Fede e con le vigenti norme di legge e dà il consenso alla elaborazione dei dati, come previsto dalla Legge 31.12.1996 n. 675

Data _____

Firma _____

Allegati obbligatori:

- Certificato del parroco (o di altro sacerdote) che attesti che il richiedente è cattolico e, se sposato, che ha celebrato il matrimonio con rito cattolico
- Certificato penale
- Certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici non antecedente di sei mesi
- Copia polizza assicurativa R.C.
- Attestazione di obiezione di coscienza
- Dichiarazione di compatibilità
- Curriculum formativo e professionale
- Curriculum breve per sito web
- attestato di partecipazione corso BLS-D con scadenza biennale (DPGR 10/r del 22/03/2012)

- Il presente modulo dovrà essere riconsegnato al Responsabile degli Ambulatori della Misericordia di Firenze
- Le domande verranno sottoposte al parere di una Commissione il cui giudizio è inappellabile
- Il Medico si impegna a dare comunicazione tempestiva per ogni variazione di quanto sopra.

IL DIRETTORE SANITARIO

IL PRESIDENTE



AMBULATORI DELLA MISERICORDIA DI FIRENZE

Impresa Sociale

AUTOCERTIFICAZIONE

(da allegare alla domanda di iscrizione)

Il sottoscritto _____ chiede di poter svolgere la propria attività di medico specialista nella branca di _____ presso gli Ambulatori della Misericordia di Firenze, nel presidio e nel giorno da concordare con la Direzione.

Il sottoscritto, in caso di parere favorevole, si impegna a presentare i seguenti documenti:

- certificato del parroco (o di altro sacerdote) che attesti che il postulante è cattolico praticante e, se sposato, che abbia celebrato il matrimonio con rito religioso;
- certificato penale;
- attestazione di obiezione di coscienza;
- certificato di iscrizione all'Albo con indicazione della specialità;
- copia della polizza assicurazione R.C. professionale
- curriculum formativo e professionale
- attestazione di crediti ECM e corsi formativi

Il sottoscritto, in caso di parere favorevole, si impegna a rispettare le seguenti procedure per l'attività medica degli Ambulatori, come previste dal Protocollo Operativo per i Medici (P.O./07) del Sistema di Gestione Qualità ed in particolare:

- Redazione delle schede sanitarie dei pazienti da effettuare ad ogni visita con utilizzo del sistema informatico;
- qualora ritenuta necessaria, lettera al medico di base del paziente prevista nel programma informatico, circa l'esito della visita effettuata;
- rispetto della disponibilità di orario stabilito e della massima puntualità;
- rispetto dei tempi minimi previsti per ogni visita;

- consegna, almeno una volta l'anno al Responsabile degli Ambulatori, eventuali attestati di formazione e/o crediti ECM.

Firenze,

firma

parere preventivo di accettazione
IL DIRETTORE SANITARIO

per presa visione
IL PRESIDENTE



UNI EN ISO 9001:2000
CERTIFICATO N. 9122.VAMF