

(Allegato A)

CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE 2018 – 2021

Fac simile domanda

(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Alla Regione Basilicata
Dipartimento Politiche della Persona
Via Vincenzo Verrastro n. 9

85100 POTENZA

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)

nato/a _____ (provincia di _____) Stato _____ il _____

codice fiscale _____

e residente a _____

(provincia di _____) in via/Piazza _____ n. civico _____

c.a.p. _____, tel. fisso _____ cellulare _____,

PEC _____ E-MAIL _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale, 2018/2021, di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999, e s.m.i. indetto da questa Regione con Delibera n. del/2018.

E DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

I. di essere cittadino italiano;

ovvero

di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (indicare la cittadinanza di Stato dell'UE); _____

ovvero

di essere cittadino non comunitario (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea*), familiare di un cittadino comunitario (*indicare cognome, nome e cittadinanza del familiare*) ed in possesso di uno dei sotto indicati requisiti previsti dal comma 1, art. 38, D.Lgs. 165/2001 e s.m.i:

titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità, attestato mediante titolo di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità, attestato mediante carta di soggiorno permanente per familiari di cittadini europei, rilasciata dalla Questura di _____ il _____

ovvero

di essere cittadino non comunitario (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea*), in possesso di uno dei sotto indicati requisiti previsti dal comma 3 bis, art. 38, D.Lgs. 165/2001 e s.m.i:

titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità, rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

titolarità dello status di rifugiato in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

2. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno)

presso l'Università di _____;

3. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il _____ (gg/mm/anno) ovvero nella sessione _____ (indicare sessione ed anno) presso l'Università di _____;

ovvero

di non essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale

4. di essere/non essere iscritto/a all'albo dei medici chirurghi dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di _____;

Qualora il candidato dichiara di non essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione in Italia e/o dell'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di un Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Repubblica Italiana, ai sensi dell'art. 3, comma 5, lettera i del Bando, dovrà dichiarare quanto segue:

Il/la sottoscritto/a, Dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che i requisiti dell'abilitazione all'esercizio della professione in Italia e dell'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di un Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Repubblica Italiana, devono essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso triennale di formazione, pena la non ammissione al medesimo corso.

5. di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;

6. di non essere/essere iscritto a corsi di specializzazione in medicina e chirurgia *(se si indicare quale)* _____;

7. di avere diritto all'applicazione dell'art. 20 della L. 104/92 e in particolare:

_____ *(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)*

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso ed in particolare quanto previsto in relazione al possesso dei requisiti di abilitazione all'esercizio della professione e di iscrizione all'Albo di un Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Repubblica Italiana entro la data di inizio ufficiale del corso triennale di formazione.

Dichiara inoltre di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo (indicare anche il recapito telefonico/cellulare):

città _____

(provincia di _____) in via/Piazza _____ n. civico _____

c.a.p. _____, telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

pec _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza la Regione Basilicata ed il soggetto gestore del corso triennale di formazione al trattamento dei dati personali forniti, esclusivamente per le finalità di gestione del presente concorso e del relativo corso e la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito Internet della Regione Basilicata unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data _____

Firma _____

NOTA BENE: ai sensi dell'art.3, comma 7 del bando, si allega una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.