

Alla Regione Calabria  
Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie  
Via E. Buccarelli, n.30  
88100 CATANZARO

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. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s. m. e i., indetto da codesta Regione con Decreto/Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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:

1. di essere cittadino italiano/cittadino

\_\_\_\_\_ ;  
(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea)

2. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno accademico

\_\_\_\_\_ (prima del 31/12/1991);

3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il

\_\_\_\_\_ (gg/mm/anno)

presso l'Università di \_\_\_\_\_

con la votazione di \_\_\_\_\_ (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

4. di non avere presentato domanda di ammissione in soprannumero in altra Regione o Provincia autonoma;

5. 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 \_\_\_\_\_ ;

6. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di

dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/anno);

7. di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente o di essere in possesso di specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella della medicina generale:

Specializzazione/libera docenza in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Specializzazione/libera docenza in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Specializzazione/libera docenza in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

8. di non essere/ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (se si indicare quale

9. 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 avviso.

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione del concorso e autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito Internet della Regione \_\_\_\_\_ unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:**

Alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità;

Le attività nel campo delle cure primarie (periodi di sostituzioni di medici di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza, ecc. e di pediatri di libera scelta) possono essere autocertificati nell'allegato B)