

(Allegato A)

(Scrivere in maniera leggibile)

**Alla Regione Calabria
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie
"Cittadella Regionale" Loc. Germaneto
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 _____,

e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2016/2019 di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s. m. e i., indetto da codesta Regione con Decreto n. 7077 del 20 giugno 2016.

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. essere cittadino italiano; essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o:
 - essere cittadino non comunitario, in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente, essendo familiare di un cittadino comunitario (art. 38, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001);
 - essere cittadino non comunitario con permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo CE (art. 38, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001);
 - essere cittadino non comunitario, titolare dello status di rifugiato (art. 38, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001);
 - essere cittadino non comunitario, titolare dello status di protezione sussidiaria (art. 38, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001);
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 _____ *Burc n. 72 del 4 Luglio 2016* _____;

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:

8. 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 _____;

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

10. 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 _____,

e-mail _____ 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 Calabria 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 Calabria 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:

La domanda deve essere spedita entro il termine di 30 giorni dalla pubblicazione del presente Decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria;

Non saranno considerate valide le domande spedite prima **della data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino ufficiale della Regione Calabria** ed oltre il termine di scadenza sopra indicato. La data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro a data apposto dall'Ufficio postale accettante.

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) devono essere specificati dettagliatamente per ogni mese e con le relative ore.