

(Allegato A **DOMANDA CONCORSO**)

**Regione Calabria Dipartimento
Tutela della Salute
"Cittadella Regionale"
Loc. Germaneto
Viale Europa s.n.c.",
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 _____,

pec _____ email _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale, anni 2017/2020, di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999, indetto da codesta Regione con Decreto 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:

- di essere cittadino italiano/cittadino **di Stato membro dell'Unione Europea** (*indicare la cittadinanza di Stato membro dell'UE*)
- di essere cittadino non comunitario, in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente, essendo familiare di un cittadino comunitario (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea e la condizione che legittima la domanda di partecipazione ai sensi del comma 1, art. 38, D.Lgs. 165/2001*);
- di essere in possesso dei requisiti e dello status previsti dal comma 3-bis dell'art. 38 del decreto legislativo 165/2001 (cittadinanza di Paese non UE e titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo oppure, titolarità di status di rifugiato politico oppure titolarità dello status di protezione sussidiaria); (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea e la condizione che legittima la domanda di partecipazione ai sensi del comma 3-bis, art. 38, D.Lgs. 165/2001*).

di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno) presso l'Università di _____

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 _____;

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

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

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

di avere diritto all'applicazione dell'art. 20 della L. 104/92 e in particolare:
_____ (specificare
l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

Dichiaro di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso.

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 _____ cell. _____

pec _____ 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
