

Domanda di partecipazione in sovrannumero al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Triennio 20___/20___

Alla Regione Campania
Direzione Generale Per la Tutela della
Salute e il Coordinamento del Sistema
Sanitario Regionale
U.O.D. 10 Personale del SSR
Dg04.personalesr@pec.regione.campania.it

(scrivere in stampatello o compilare il file pdf tramite l'apposita funzione)

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

nato/a _____ (provincia di _____¹)

Stato _____ il _____, codice fiscale _____

e residente nel comune di _____ (provincia di _____¹)

CHIEDE

di essere ammesso/a in sovrannumero, ai sensi dell'art. 3 della L. 401/2000, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale, anni 20___/20___, di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999, indetto da codesta Regione con Decreto Dirigenziale n. _____ del ___/___/20___.

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. Selezionare una delle seguenti opzioni:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- 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 (art. 38, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001);
- di 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);
- di essere cittadino non comunitario, titolare dello status di rifugiato (art. 38, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001);
- di essere cittadino non comunitario, titolare dello status di protezione sussidiaria (art. 38, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001);

2. di essere iscritto alla facoltà di medicina e chirurgia dall'anno _____;

3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____ presso l'Università _____ con votazione _____;

4. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il _____ ovvero nella sessione _____ anno _____ presso l'Università _____;
5. di essere iscritto/a all'albo dei medici chirurghi dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di _____;
6. di non avere presentato domanda di ammissione in sovrannumero al corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma per il corrente triennio;
7. di non essere iscritto/a a corsi di specialità in medicina e chirurgia;
8. Dichiaro di accettare il regolamento del corso.

Dichiara inoltre di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo (**COMPILARE TUTTI I CAMPI**):

comune di _____ (provincia di _____)

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

CAP _____, telefono fisso _____ cellulare _____

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.

Allega copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza la Regione Campania al trattamento ed alla trasmissione a soggetti terzi convenzionati dei propri dati personali per le sole finalità connesse alla gestione del corso.

Data _____

Firma

1. Se si è indicato un comune estero digitare il codice "EE" nel campo "provincia".