

(Allegato)
Fac-simile domanda
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Inviare via PEC all'indirizzo:

aas2.protgen@certsanita.fvg.it

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana-Isontina" - **CEFORMED**

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

nato/a _____ (provincia di _____) Stato _____

il _____ e residente a _____

(provincia di _____) in via/piazza _____

n. civico _____ CAP _____ telefono fisso _____ cellulare _____

codice fiscale _____

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. 368/1999 indetto per la Regione Friuli – Venezia Giulia

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 di Stato membro dell'Unione Europea _____

(indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

2. di essere cittadino _____ *(indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)* non
avente cittadinanza di Stato membro UE, e di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare) cittadino di _____

Stato membro UE *(indicare la cittadinanza del familiare)* e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art.

38 del D.lgs n.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 _____

3. di essere cittadino _____ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE) non avente cittadinanza di Stato membro UE, e in possesso di una delle seguenti condizioni previste dal comma 3bis, art. 38 del D. Lgs. 165/2001

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 politico in corso di validità, attestata mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di _____ il _____

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

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

5.

a. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:

presso l'Università di _____ il _____

OVVERO

b. di NON essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale (barrare lett. b);

6.

a. di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____

b. di NON essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri (barrare lett. b);

Qualora il candidato dichiari di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine, ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettere e) ed f) del bando, dovrà dichiarare quanto previsto dalla lettera i) del medesimo articolo 3, comma 4, come segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che i suddetti requisiti dovranno essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il 31 dicembre 2018, pena la non ammissione al corso.

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)

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali condizioni rilevanti sopraggiunte, ai fini dell'organizzazione della prova di concorso.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso e 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 avvio ufficiale del Corso triennale di formazione.

Dichiara inoltre:

- di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma a pena esclusione dal concorso o dal corso, qualora la circostanza venisse appurata successivamente l'inizio dello stesso.
- di non essere / essere iscritto ad altri corsi di specialità in medicina e chirurgia

(se si indicare quale)

Comunica i seguenti ulteriori recapiti:

Residenza/domicilio:

città _____ (provincia di _____)

via/piazza _____ n.civico ____CAP _____

recapiti telefonici:

telefono fisso _____ cellulare _____

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

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che i dati personali relativi ai candidati saranno trattati, esclusivamente per l'espletamento di questa selezione e per la gestione del corso di formazione specifica in medicina generale, presso il Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie della regione Friuli Venezia Giulia (CE.FOR.MED) e che, in qualità di titolare e responsabile del trattamento è designato il Direttore Generale dell'AAS2 "Bassa Friulana-Isontina". L'eventuale comunicazione a terzi avverrà solo se necessaria per le finalità previste, e nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs 196/2003.

Agli aspiranti sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al CE.FOR.MED. mediante PEC al seguente indirizzo: aas2.protgen@certsanita.fvg.it.

Data: _____

Firma

NOTA BENE: ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA SCANSIONE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.