

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

**Inviare via PEC all'indirizzo:**

[aas2.protgen@certsanita.fvg.it](mailto: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](mailto:aas2.protgen@certsanita.fvg.it).

Data: \_\_\_\_\_

**Firma**

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