

(Allegato A)
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 e 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. 4, comma 3, lettere e) ed f) del bando, ai sensi dell'art. 2, comma 4, e art. 4, comma 3, lettera i) dovrà dichiarare quanto previsto quanto 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 mese di marzo 2019, 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 e di impegnarsi a non presentare entro la scadenza del presente bando 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;

OPPURE

- di aver presentato domanda di ammissione al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale pubblicato per estratto sulla GU n. 49 del 22.6.2018 presso la Regione _____ MA di aver già annullato la stessa in data _____ seguendo le indicazioni contenute nel relativo bando regionale;
- di non essere / essere iscritto ad altri corsi di specialità in medicina e chirurgia

(se si indicare quale)

- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento europeo n. 679/2016;

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.

Data: _____

Firma

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