

Corso triennale di formazione specifica in medicina generale (triennio 2017 – 2020)

(Scrivere a macchina o in stampatello compilando l'allegato in ogni sua parte)

RACCOMANDATA A.R. / PEC (segcrrmedconv.regione@pecveneto.it)

Regione del Veneto
Unità Organizzativa Cure primarie e LEA
Coordinamento regionale per la medicina
convenzionata di assistenza primaria
c/o Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
Via Terraglio 58
31022 Preganziol (TV)

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 _____,

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 Delibera n. del/2017.

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 membro dell'UE*) _____;
2. di essere cittadino non comunitario, in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario ai sensi del comma 1, art. 38, D. Lgs n. 165/2001 (*specificare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea*) _____;

3. di essere in possesso dei requisiti e dello status previsti dal comma *3bis* dell'art. 38 del decreto legislativo 165/2001 (cittadinanza di Paese non appartenente alla Unione Europea e titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, o titolarità di status di rifugiato politico, ovvero status di protezione sussidiaria) (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea* _____);
4. di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____ (gg/mm/anno) presso l'Università di _____;
5. 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 _____;
6. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di _____;
7. di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;
8. di non essere / essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (*se sì indicare quale* _____);
9. di avere diritto all'applicazione dell'art. 20 della L. 104/92 e in particolare: _____;
(*specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap*)

Dichiara 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 _____ cellulare _____

e-mail _____

pec _____

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. n. 196/2003 autorizza la Regione Veneto 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 Veneto unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data _____

Firma

NOTA BENE: alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità.