

**Corso triennale di formazione specifica in medicina generale (triennio 2015 – 2018)**

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

RACCOMANDATA A.R.

Regione del Veneto  
Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Coordinamento regionale per la medicina  
convenzionata di assistenza primaria  
c/o Azienda ULSS 9 di Treviso  
Via Pisa 14  
31100 TREVISO

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 2015/2018, di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999, indetto da codesta Regione con Delibera n. .... del ...../2015.

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.**