

All'Azienda U.S.L. di Piacenza
U.O.S.D. Gestione Medici Convenzionati del Territorio e
Integrazione Socio - Sanitaria
Via Mazzini, 62 – 29121 PIACENZA
PEC: contatinfo@pec.ausl.pc.it

Il/La sottoscritt _____
(*cognome – scrivere in stampatello*) (i) _____
(*nome – scrivere in stampatello*) (ii)

**CHIEDE DI PARTECIPARE AL
CORSO PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE PRESSO L'AUSL di Piacenza e l'AUSL di Parma - ANNO 2022**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(*barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti fornendo i dati richiesti scrivendo in stampatello*)

di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

di risiedere a _____ Cap. _____ Prov. _____

In Via _____ n.° _____ Cell. _____

PEC (obbligatoria) _____

di essere in possesso della cittadinanza italiana;

di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

Cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. _____

Cittadinanza del seguente Stato _____ e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38 c. 1 e c. 3bis del DLGS 165/01 e s.m.: _____

che l'indirizzo PEC al quale devono essere fatte eventuali comunicazioni è il seguente (*scrivere in stampatello*):

di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con votazione _____;

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Chirurghi della Prov. di _____ dal ____/____/____ al n. _____;

di essere incaricato nel settore della Continuità Assistenziale presso l'Azienda USL di _____ dal ____/____/____ a tutt'oggi;

di essere iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Generale anno 2022 con punti: _____

di essere stato incaricato nel settore della Continuità Assistenziale:

- presso l'Azienda USL di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____;
- presso l'Azienda USL di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____;
- presso l'Azienda USL di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____;

- di essere iscritto al Corso di formazione specifica in Medicina Generale – triennio _____
sede di _____
- di essere iscritto al Corso di specializzazione in _____
Università di _____ anno di corso _____
- Altro: _____

di allegare alla presente il curriculum formativo e professionale e copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

di essere consapevole che in caso di mancata attivazione presso questa AUSL la preferenza di assegnazione della sede del corso MET è la seguente:

- 1^a scelta:
- 2^a scelta:
- 3^a scelta:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (DPR n. 445 del 28/12/200 e s.m.i.)

Il sottoscritto, preventivamente ammonito circa la responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

DICHIARA

- che tutte le copie dei titoli allegati sono conformi all'originale;
- che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde a verità.

DATA _____ firma leggibile e per esteso _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'