

# FAC-SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO MET 2014

All'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, C.F./P.I. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Chiede di essere ammesso/a a partecipare al corso teorico-pratico per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara.

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000). E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 del D.L.vo 196/03 e successive modificazioni ed integrazioni, dichiara:

- di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, con voto di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi della Prov. di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di avere frequentato corsi specifici sull'emergenza (ATLS, PTC, AMLS, ALS, ACLS, ECG in urgenza, Ecografia in urgenza, NIV, e/o altro).

Per ciascun corso indicare denominazione e periodo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

- di svolgere/aver svolto attività lavorative presso strutture sanitarie d'emergenza (Servizi di Pronto Soccorso, Continuità Assistenziale Notturna Prefestiva Festiva, Guardia Turistica e/o altro).

Per ciascuna attività indicare denominazione e periodo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

- di essere in possesso di certificazione BLSD di AHA o di IRC/ERC.

Indicare la data e la sede presso cui è stata conseguita: \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre che eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ e si impegna a notificare tempestivamente, all'indirizzo mail [m.cocchi@ospfe.it](mailto:m.cocchi@ospfe.it) ogni eventuali variazioni.

Allega alla presente un **documentato curriculum formativo e professionale** (possibilmente redatto su modello europeo) e **copia fotostatica di un documento di riconoscimento**.

Data \_\_\_\_\_,

Firma \_\_\_\_\_