



FAC-SIMILE DI DOMANDA

All'Azienda USL di Ravenna

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ (cap _____) Via _____ n° _____
C.F./P.IVA _____ telefono _____ e-mail _____

chiedo di essere ammesso/a a partecipare al Corso per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda USL di Ravenna.

A tal fine **dichiaro**, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445 del 28/12/2000 e succ. mod.:

- 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 aver frequentato corsi specifici sull'emergenza (ATLS, PTC, AMLS, ALS, ACLS, ECG in urgenza, Ecografia in urgenza, NIV, e/o altro: per ciascuno 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; 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) _____

Dichiaro inoltre che eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo e-mail _____ (mi impegno a notificare tempestivamente, all'indirizzo PEC ausl110ra.ospra@pec.ausl.ra.it, eventuali variazioni);

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

Data, _____

Firma _____