

(Allegato A) Fac simile domanda

**RACCOMANDATA A.R.**

Alla Regione Emilia-Romagna  
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali  
Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale,  
Pianificazione e sviluppo dei Servizi Sanitari  
V.le A. Moro, 21  
40127 Bologna

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 in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2013/2016 della Regione Emilia-Romagna come previsto da avviso pubblico approvato con D.G.R. n. 850 del 24/06/2013.

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 \_\_\_\_\_;  
(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea)

2. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno accademico

\_\_\_\_\_ (prima del 31/12/1991) presso l'Università di \_\_\_\_\_  
(indicare la sede universitaria di iscrizione)

Stato \_\_\_\_\_;

3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il

\_\_\_\_\_ (successivamente alla data del 31/12/1994) presso  
(gg/mm/anno)

l'Università di \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_;

4. di essere in possesso di abilitazione all'esercizio professionale, conseguita il

\_\_\_\_\_ ovvero nella sessione \_\_\_\_\_ (indicare sessione ed  
(gg/mm/anno)

anno) presso l'Università di \_\_\_\_\_, Stato \_\_\_\_\_;

5. di essere iscritto/a all'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di

\_\_\_\_\_ dal

\_\_\_\_\_ (gg/mm/anno);

6. di non essere stato già ammesso in soprannumero in altri corsi di formazione specifica in medicina generale organizzati da questa Regione o da altre Regioni e Province Autonome.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni contenute nell'avviso pubblico di cui alla D.G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di:

- essere
- non essere

iscritto a corso di specializzazione in medicina e chirurgia (se si indicare quale):

\_\_\_\_\_;

- 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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. 196/2003 autorizza la Giunta della Regione Emilia-Romagna, titolare del trattamento, 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 Emilia-Romagna unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Ai sensi del medesimo art. 13 di cui sopra, i dati raccolti saranno trattati attraverso strumenti manuali ed informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

Il Responsabile del trattamento è il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**NOTA BENE: Ai sensi dell'art. 3, comma 6 dell'avviso occorre allegare una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.**