

**FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO MET 2013.  
All'Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia IRCCS**

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 Osp.ra ASMN di RE IRCCS.

**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**

**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 aver 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 BLS/D 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 \_\_\_\_\_ e mi impegno a notificare tempestivamente, all'indirizzo PEC **innovazione@pec.asmn.re.it** ogni 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 \_\_\_\_\_