

All'Azienda USL di Ravenna

Il/La sottoscritto/a....., nato/a a _____ il 00/00/0000

e residente in _____ (cap 00000) in Via _____ n° 0000.

telefoni _____

CHIEDE

Di essere ammesso a partecipare al corso per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 445 del 28.12.00 e successive modificazioni ed integrazioni:

- di essere in possesso della laurea in Medicina e chirurgia, conseguita il 00/00/0000, presso l'Università degli Studi di _____ con voto 00/00;
- di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi della Prov. di _____ al n. 00000;
- specializzazione nella disciplina di _____ conseguito il 00/00/0000 presso _____;
- di aver frequentato corsi specifici sull'emergenza (ATLS, PTC, AMLS, ALS, ACLS, ECG in urgenza, Ecografia in urgenza, NIV; 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; 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.
- di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni);

Ogni comunicazione deve essere effettuata presso il seguente domicilio (i candidati hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo all'Azienda USL, la quale non assume responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato) :

Via _____ CITTA' _____ CAP _____

Tel. n. _____

Si allega un CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE redatto su carta semplice, datato, firmato e debitamente documentato e ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000 la copia fotostatica di un documento di riconoscimento dotato di fotografia.

Data, _____

Firma _____