

(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
Viale A. Moro n. 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 2011/2014 della Regione Emilia-Romagna come previsto da avviso pubblico approvato con D.G.R. n. 919 del 27 giugno 2011.

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 _____
(gg/mm/anno)
(successivamente alla data del 31/12/1994) presso l'Università di _____
Stato _____;

4. di essere in possesso di abilitazione all'esercizio professionale, conseguita il _____
ovvero nella sessione _____ (indicare sessione ed anno)
(gg/mm/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. 919 del 27 giugno 2011.

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 nel 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.