

**RACCOMANDATA A.R.**

Alla Regione Emilia-Romagna  
Assessorato alle Politiche per la Salute  
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 \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_,

telefono/cellulare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999, indetto da codesta Regione con D.G.R. n. 447 del 08/03/2010.

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 possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il \_\_\_\_\_  
(gg/mm/anno)

presso l'Università di \_\_\_\_\_;

3. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il \_\_\_\_\_  
(gg/mm/anno) ovvero nella sessione \_\_\_\_\_ (indicare sessione ed anno)

presso l'Università di \_\_\_\_\_;

4. di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di \_\_\_\_\_;

5. di avere diritto all'applicazione dell'art. 20 della L. 104/92 e in particolare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

Dichiara di accettare tutte le disposizioni contenute nel bando di concorso emanato dalla Regione Emilia-Romagna.

Dichiara inoltre:

- di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;
- di non essere/ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (*se si indicare quale*):

\_\_\_\_\_;

- di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo:

città \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_), 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 BUR 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

\_\_\_\_\_

**N.B.:** Ai sensi dell'art. 3, comma 7 del bando si allega una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.