

All'Azienda U.S.L. di Piacenza  
UO GRUA  
PEC : [contatinfo@pec.ausl.pc.it](mailto:contatinfo@pec.ausl.pc.it)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
(*cognome – scrivere in stampatello*)                      (*nome – scrivere in stampatello*)

**CHIEDE DI PARTECIPARE AL  
CORSO PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA  
SANITARIA  
TERRITORIALE PRESSO L'AUSL DI PIACENZA, AUSL DI PARMA E AUSL DI REGGIO EMILIA  
ANNO 2025**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

**(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti fornendo i dati richiesti scrivendo in stampatello)**

☐ di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ di risiedere a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**PEC (obbligatoria)** \_\_\_\_\_

☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana;

☐ di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

☐ Cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. \_\_\_\_\_

☐ Cittadinanza del seguente Stato \_\_\_\_\_ e possesso di uno dei requisiti di cui all'art.

38 c. 1 e c. 3bis del DLGS 165/01 e s.m.: \_\_\_\_\_

☐ che l'indirizzo PEC al quale devono essere fatte eventuali comunicazioni è il seguente (*scrivere in stampatello*):

\_\_\_\_\_

☐ di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_;

☐ di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Chirurghi della Prov. di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

☐ di essere incaricato nel settore della Continuità Assistenziale presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a tutt'oggi;

☐ di essere iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Generale anno 2025 con punti: \_\_\_\_\_

☐ di essere stato incaricato nel settore della Continuità Assistenziale:

- presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

- presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

- presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

☐ di essere iscritto al Corso di formazione specifica in Medicina Generale – triennio \_\_\_\_\_  
sede di \_\_\_\_\_

☐ di essere iscritto al Corso di specializzazione in \_\_\_\_\_  
Università di \_\_\_\_\_ anno di corso \_\_\_\_\_

☐ Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ di allegare alla presente il curriculum formativo e professionale e copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

☐ di essere consapevole che in caso di mancata attivazione presso questa AUSL (Piacenza, Parma e Reggio Emilia) la preferenza di assegnazione della sede del corso MET è la seguente:

☐ 1ª scelta: .....

☐ 2ª scelta: .....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (DPR n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto, preventivamente ammonito circa la responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

DICHIARA

☐ che tutte le copie dei titoli allegati sono conformi all'originale;

☐ che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde a verità.

DATA \_\_\_\_\_ firma leggibile e per esteso \_\_\_\_\_

**ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**