

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. 257 del 5 marzo 2012.

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 BURERT 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 6 del bando si allega una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.