

SCHEMA DI DOMANDA

PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER L'AMMISSIONE IN SOPRANNUMERO AL
CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE 2019-202
(ART. 3 L. 29 DICEMBRE 2000, N. 401)

(da redigere in forma dattiloscritta o in carattere stampatello)

Alla Regione Basilicata
Dipartimento Politiche della Persona
Ufficio Personale del S.S.R.
Via Vincenzo Verrastro n. 9
85100 POTENZA
ufficio.personale.ssr@cert.regione.basilicata.it

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** ai sensi dell'art. 3 della L. 401/2000, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale, per il triennio 2019/2022, di cui al D.lgs. n. 368 del 17.8.1999, e s.m.i. indetto da codesta Regione con D.G.R. n. 666 del 30.09.2019.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 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;

ovvero

di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (indicare la cittadinanza di Stato dell'UE); _____

ovvero

di essere cittadino non comunitario (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea*), _____ familiare di un cittadino comunitario (*indicare cognome, nome e cittadinanza del familiare*) _____ ed in possesso di uno dei sotto indicati requisiti previsti dal comma 1, art. 38, D.Lgs. 165/2001 e s.m.i:

titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità, attestato mediante titolo di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità, attestato mediante carta di soggiorno permanente per familiari di cittadini europei, rilasciata dalla Questura di _____ il _____;

ovvero

di essere cittadino non comunitario (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea*), _____ in possesso di uno dei sotto indicati requisiti previsti dal comma 3 bis, art. 38, D.Lgs. 165/2001 e s.m.i:

titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità, rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

titolarità dello status di rifugiato in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

2. di essersi iscritto/a al corso di laurea universitario in Medicina e Chirurgia, prima del 31.12.1991 e, precisamente il _____;

3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il (gg/mm/anno) _____ presso l'Università di _____;

4. 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 _____;

5. di essere iscritto/a all'albo dei medici chirurghi dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di _____ dal (data di iscrizione) _____;

6. di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;

7. di essere / non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (se si indicare quale)

_____;

8. di aver preso visione dell'informativa, (Allegato A2) all'Avviso Pubblico, relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016;

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente avviso pubblico e della D.G.R. di approvazione del medesimo, nonché della disciplina contenuta nel D.Lgs. 17.08.1999, n. 368 e del bando di concorso pubblico per esami per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale triennio 2019/2022, approvato con D.G.R. n. 666 del 30 settembre 2019 pubblicato sul BUR n. 37 Parte I del 04.10.2019 e sulla G.U.R.I. n. 89 del 12.11.2019 IV Serie Speciale Concorsi ed Esami.

Dichiara inoltre 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 _____

pec _____

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 Regione Basilicata al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione del concorso e del corso di formazione e autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito Internet della Regione Basilicata unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data _____

Firma

NOTA BENE:

la domanda deve essere firmata in forma autografa e/o digitale;

alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.