

Allegato A1)
Fac-simile domanda
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Inviare via PEC all'indirizzo:

aas2.protgen@certsanita.fvg.it

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa
Friulana-Isontina" - **CEFORMED**

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome e Nome)

nato/a _____ (provincia di _____) Stato _____

il _____ e residente a _____

(provincia di _____) in via/piazza _____

n. civico _____ CAP _____ telefono fisso _____ cellulare _____

codice fiscale _____

PEC _____ E-MAIL _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2019/2022 di cui al D.lgs n. 368/1999 indetto per la Regione Friuli – Venezia Giulia

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 di Stato membro dell'Unione Europea

_____ (indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

2. di essere cittadino _____ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE) non
avente cittadinanza di Stato membro UE, e di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare) cittadino di _____

Stato membro UE (indicare la cittadinanza del familiare) e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art.
38 del D.lgs n.165/2001:

☐ 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 _____

3. di essere cittadino _____ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE) non avente cittadinanza di Stato membro UE, e in possesso di una delle seguenti condizioni previste dal comma 3bis, art. 38 del D. Lgs. 165/2001

☐ 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 politico in corso di validità, attestata mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di _____ il _____

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

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

5.

a. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:

☐ presso l'Università di _____ il _____

OVERO

☐ con decreto ministeriale n. _____ del _____

b. di NON essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale;

6.

a. di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di _____ con il numero _____

b. di NON essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri;

(Qualora il candidato dichiari di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine, ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettere e) ed f) del bando, dovrà dichiarare quanto previsto dalla lettera i) del medesimo articolo 3, comma 4, come segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che i suddetti requisiti dovranno essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di marzo 2020, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 – Ceformed prima dell'inizio del corso idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000.

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

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

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali condizioni rilevanti sopraggiunte, ai fini dell'organizzazione della prova di concorso.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso e in particolare quanto previsto in relazione al possesso dei requisiti di abilitazione all'esercizio della professione e di iscrizione all'albo di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana entro la data di avvio ufficiale del Corso triennale di formazione.

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 e di impegnarsi a non presentarla entro la scadenza del presente bando.
- di non essere / essere iscritto ad altri corsi di specialità in medicina e chirurgia

(se si indicare quale)

Comunica i seguenti ulteriori recapiti:

Residenza/domicilio:

città _____ (provincia di _____)

via/piazza _____ n. civico _____ CAP _____

recapiti telefonici:

telefono fisso _____ cellulare _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Data _____

Firma

NOTA BENE: ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA SCANSIONE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.