

(Allegato A)

Fac-simile domanda

(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Inviare via PEC all'indirizzo:

san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

Alla Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato dell'Igiene e Sanità e
dell'Assistenza Sociale

Direzione Generale della Sanità

Servizio programmazione sanitaria e
economico finanziaria e controllo di
gestione

Oggetto: Domanda di ammissione al concorso per il corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2018/2021.

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

nato/a _____ Provincia _____

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 2018/2021 indetto da codesta Regione con Determinazione n. 416 del 14/05/2018, riaperto con Determinazione n. ____ del _____.

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, di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di _____ Stato membro UE e in possesso di uno dei

(indicare la cittadinanza del familiare)

seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e smi:

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 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, attestato 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 _____

OVVERO

con Decreto Ministeriale numero _____ 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 ed odontoiatri di _____

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

Qualora il candidato dichiara di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (lettere e ed f, comma 4 art. 4 del Bando), ai sensi dell'art. 2, comma 4, lettera i del Bando, dovrà compilare quanto segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di marzo 2019, pena la non ammissione al corso.

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 sopraggiunte rilevanti 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 e di impegnarsi a non presentare entro la scadenza del presente bando, domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma, pena esclusione dal concorso o dal corso qualora la circostanza venisse appurata successivamente;

OPPURE

di avere presentato domanda di ammissione al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, pubblicato per estratto sulla G.U.R.I. n. 49 del 22/06/2018 presso la Regione _____, ma di aver già annullato la stessa in data _____ seguendo le indicazioni contenute nel bando della Regione medesima;

di non essere / essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia

(se si indicare quale)

- di aver preso visione dell'informativa allegata al bando per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Comunica i seguenti ulteriori recapiti:

Residenza/domicilio:

città _____ (provincia di _____)

Via/Piazza _____ n.civico _____ c.a.p. _____

recapiti telefonici:

telefono fisso _____ cellulare _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale 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.