



Allegato 2

Alla  
Regione Molise  
Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM  
Via Genova, 11  
**86100 Campobasso**

[regionemolise@cert.regione.molise.it](mailto:regionemolise@cert.regione.molise.it)

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE  
2025-2028 AI SENSI DEL COMMA 5 BIS DELL'ARTICOLO 19, DEL D.L. 16 LUGLIO 2020, N. 76,  
CONVERTITO NELLA LEGGE N. 120/2020, COSI' COME MODIFICATO DALL'ARTICOLO 23 DEL D.L.  
30 DICEMBRE 2021, N. 228**

**(Avviso approvato con .....2025)**

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

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 \_\_\_\_\_ (*indirizzo pec obbligatorio*)

E-MAIL \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso/a al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2025/2028 di codesta Regione.**

**A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi,**



finanziamenti ed agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

## DICHIARA

1. di essere in possesso di diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il \_\_\_\_\_  
(gg/mm/anno) presso l'Università di \_\_\_\_\_  
con votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_ (specificare se su base 100 o 110)

2. di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di \_\_\_\_\_ con il numero  
\_\_\_\_\_

3. di essere medico in servizio permanente effettivo e di avere almeno quattro anni di anzianità di servizio in uno dei seguenti Corpi Nazionali (barrare quello di interesse)

Polizia di Stato;

Vigili del fuoco

Forze Armate (specificare corpo) \_\_\_\_\_

Guardia di finanza

4. di prestare servizio presso la seguente sede/struttura (indicare ogni elemento utile per comunicazioni d'ufficio):

- denominazione della struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

- indirizzo \_\_\_\_\_

- città \_\_\_\_\_

- telefono \_\_\_\_\_; pec \_\_\_\_\_

- **Nome e cognome del responsabile della struttura** (e relativa qualifica) competente a redigere e trasmettere la certificazione dell'attività di servizio come previsto dall'articolo 23 del D.L. n. 228/2021.

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre:

5. di non avere presentato domanda di ammissione al medesimo triennio di corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi del D.L. n. 76/2020 e s.m. in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla entro la scadenza del termine previsto per la presente domanda.

6. di essere a conoscenza di quanto disposto dall'articolo 23 del D.L. n. 228/2021: *“Le ore di attività svolte (...) in favore delle amministrazioni di appartenenza sono considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo, previsto dall'articolo 26 comma 1 del decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Le amministrazioni di appartenenza certificano l'attività di servizio prestata dai medici in formazione presso le strutture dalle stesse individuate e ne validano i contenuti ai fini del richiamato articolo 26, fermo restando l'obbligo di frequenza dell'attività didattica di natura teorica”*



7. di essere a conoscenza che durante il corso è tenuto a seguire l'attività didattica di natura teorica con le stesse modalità di frequenza e di valutazione previste per gli altri medici in formazione
8. di essere a conoscenza che il conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale avverrà con le modalità previste dal combinato disposto del Decreto Legislativo n. 368/1999 e sm e del Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006 e s.m. (superamento con esito positivo di tutte le fasi formative previste dal corso, predisposizione della tesi e discussione della stessa in sede di colloqui finale)

*(la seguente dichiarazione è obbligatoria)*

Il sottoscritto **dichiara altresì** di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo PEC sopra indicato) ..... quale **domicilio digitale** cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

**Si allega la seguente documentazione:**

- informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 (**da restituire sottoscritta**);
- fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);
- attestato di servizio

Luogo

Data

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_