



(Allegato 1)

*(Scrivere a macchina o in stampatello)*

Alla Regione Molise  
 Direzione Generale per la Salute  
 Servizio Organizzazione e Politiche  
 delle Risorse Umane dell'ASReM  
 Via Toscana, 45  
86100 CAMPOBASSO

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 fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_,

### 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 Delibera di G.R. 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 \_\_\_\_\_;  
*(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 non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;



4. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il \_\_\_\_\_ (gg/mm/anno) ovvero nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

5. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_);

6. di non essere/ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia *(se si indicare quale)* \_\_\_\_\_;

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)*

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso.

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 \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**NOTA BENE: alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità**