

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 _____,

indirizzo e-mail _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale 2014/2017, 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 di Stato membro dell'Unione Europea (*(indicare la cittadinanza di Stato membro dell'UE)* _____);

2. di essere cittadino non comunitario, in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente, essendo familiare di un cittadino comunitario (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea e la condizione che legittima la domanda di partecipazione ai sensi del comma 1, art. 38, D.Lgs. 165/2001*) _____

_____;

3. di essere in possesso dei requisiti e dello status previsti dal comma 3-bis dell'art. 38 del decreto legislativo 165/2001 (cittadinanza di Paese non UE e titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo oppure, titolarità di status di rifugiato politico oppure titolarità dello status di protezione sussidiaria); *(indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea e la condizione che legittima la domanda di partecipazione ai sensi del comma 3-bis, art. 38, D.Lgs. 165/2001)* _____
_____ ;
4. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno)
presso l'Università di _____ ;
5. 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 _____ ;
6. di essere iscritto/a all'albo dei medici chirurghi dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di _____ con il n. _____ ;
7. di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;
8. di non essere / essere* iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia *(in caso affermativo indicare quale)* _____ ;
- * *(cancellare la parte che non interessa)*;
9. 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 _____

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 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 in corso di validità.

**(SCRIVERE A MACCHINA O IN STAMPATELLO COMPILANDO
L'ALLEGATO IN OGNI SUA PARTE)**