

Allegato A1

Fac-simile domanda di Ammissione

Inviare via PEC all'indirizzo:

regionemolise@cert.regione.molise.it

Alla Regione MOLISE

Direzione Generale per la Salute

Servizio, Risorse Umane del SSR,
Formazione, ECM

DOMANDA DI AMMISSIONE

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 2021/2024 di cui al D. Lgs. n.368 del 17.8.1999 e succ. mod. e int., indetto da codesta Regione con D.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 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
(indicare la cittadinanza del familiare)

e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e ss. mm. e ii.:

- 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 rilasciato 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 e ss. mm. e ii.:

- 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, attestato 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 _____

con votazione ____/____ (specificare se su base 100 o 110)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero:

di essere in possesso del decreto di riconoscimento n. _____ del _____,

oppure di aver avviato la relativa procedura per il riconoscimento presso la competente Autorità, in data _____ prot _____

di non essere ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Qualora il candidato non sia ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera i del Bando,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il requisito del diploma di laurea deve essere posseduto entro il giorno antecedente la data del concorso, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale;**
- di impegnarsi, in caso di mancato possesso del diploma al momento di presentazione della domanda:
 - o a presentare alla Regione mediante invio al seguente indirizzo PEC: **regionemolise@cert.regione.molise.it. entro il giorno antecedente alla data dello svolgimento della prova concorsuale** apposita dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, contenente il possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito e la votazione ottenuta, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale;**
 - o **a presentare copia della ricevuta dell'avvenuta trasmissione a mezzo PEC, unitamente il giorno dell'espletamento della prova concorsuale.**

5.

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

presso l'Università di _____ il _____

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

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

di essere in possesso di laurea abilitante ai sensi dell'art 102 della L. 27/2020;

6.

a. di essere iscritto/a all'Albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____ con il numero _____;

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

Qualora il candidato dichiari di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (lettere e ed f, art. 3, comma 4 del Bando), ai sensi dell'art. 3, 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 aprile 2022, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Regione, prima dell'inizio del corso, idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

7. di avere diritto all'applicazione:

a) della L. 104/92 e in particolare:

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

b) della L. 170/2010 (DSA) e in particolare:

(specificare misure compensative e/o tempi aggiuntivi)

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 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 a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca

(se si indicarne tipologia e sede)

- di aver preso visione dell'informativa, Allegato A2) al Bando, relativa al 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.